Rok XLIII. Kraków 26 Listopada 1904. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego Prof. Pieniążka w Krakowie.

Ciała obce w nosie, gardle i przełyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny,

Asystent oddziału.

W jednym z ostatnich numerów „Monatschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten“ opisałem cztery przypadki ciał obcych, wydobytych jużto z krtani, jużto z oskrzeli (2 z krtani i 2 z oskrzeli). W ten sposób łącznie z ciałami obcemi, opisanemi przez Prof. Pieniążka (*Monatschrift* 1903, Nr. 12), mielibyśmy całkowity obraz ciał obcych, wydobytych w naszym oddziale z krtani, tchawicy i oskrzeli. Obecnym zamiarem moim jest rzut oka na ciała obce, wydobyte w ostatnich dwóch latach z nosa, gardła i przełyku. Główny nacisk kłaść będę na metody, używane w naszym oddziale przy wydobywaniu ciał obcych. Większość przypadków opiszę pobieżnie, dłużej zaś zatrzymam się tylko na przypadkach, mogących wzbudzić większe zainteresowanie u czytelnika.

Rozpoczynając od ciał obcych, wprowadzonych jużto dobrowolnie, jużto wbitych od zewnątrz do nosa, odrazu zwrócić musimy uwagę, iż przeważnie spotykamy je w prawej połowie nosa, mianowicie razy 8 na 10 przypadków. Tłómaczy się to większą łatwością wprowadzania ciała obcego ręką prawą do nozdrza prawego. Co się tyczy jakości tych ciał, to były to: 4 razy groch, dwa razy fasola, po jednym razie odłamana blaszka ze spinki, guzik kauczukowy, patyk drewniany długości 3 ctm., szerokości 1 ctm., ząb sieczny u dziewczynki 8-letniej. Pacyenci byli w wieku od 2 do 8 lat. W przypadku wbitego do nosa patyka z wywiadów dowiedzieliśmy się, że dziecko przed 4 miesiącami upadło, poczem nastąpił krwotok nosowy. Do szpitala przywieziono dziecko dopiero wtedy, gdy wystąpiło zupełne prawie zatkanie nosa, połączone z wydzieliną cuchnącą, ropną i wypryskiem na nosie i wargach. W innych przypadkach zgłoszono się najpóźniej po kilku dniach; obecność ciała obcego zdradzała się zwykle zatkaniem nosa i wydzieliną śluzowo-ropną. Ciała te z łatwością dały się wyjąć, a tylko raz pewną trudność sprawiała fasola, która przy dokonywanych poza Krakowem próbach wydobycia przez lekarza, została wepchniętą głęboko do nosa. Ciała kuliste, jak groch, fasola, a znajdujące się w przedniej części nosa, wydobywamy łyżeczką, używaną do ucha; łyżeczkę wprowadza się poza ciało obce i wyważa. Wynikiem wyciągania ciał obcych okrągławych o powierzchni gładkiej szczypczykami bywa zwykle wepchnięcie ich w głąb. Inne ciała wydobyto pod kontrolą wzroku szczypczykami nosowemi. Tak też wyjęto raz fasolę i trzy razy groch.

Obok ciał obcych, wprowadzonych do nosa z zewnątrz, mamy do zanotowania dwa przypadki jednostronnych rinolitów i jeden przypadek zęba, wyrosłego z dna ku jamie nosa. Rinolity znaleźliśmy raz u dziewczyny 16-letniej, żalącej się na trwające już od sześciu miesięcy zatkanie nosa po stronie prawej i ropienie z wydzieliną cuchnącą; drugi raz u mężczyzny 20-letniego z podobnymi objawami. W przypadku pierwszym przy rinoskopii widać było tylko bujającą ziarninę, pokrywającą ciało obce, które dopiero przy badaniu zgłębnikiem dawało się wyczuć jako ciało twarde o powierzchni nierównej. Po wyjęciu ciała obcego i usunięciu ziarniny zauważono owrzodzenie muszli dolnej z wydzieliną śluzowo-ropną. Rinolity były podłużne o brzegach i końcach ostrych; wyjęte zostały częścią szczypczykami nosowemi, przeważnie zaś pętlą, którą zakładano naokoło rinolitu i następnie z pewną siłą pociągnięto ku zewnątrz. Przyczyn, wywolujących powstawanie tych kamieni, w obu przypadkach nie można było wykazać.

W przypadku trzecim rinoskopia przednia i tylna dawała obraz tylko przerostu błony śluzowej muszel nosowych tak, iż choremu zakokainowano już błonę śluzową nosa ze strony prawej w celu usunięcia przerosłych części błony śluzowej. Dopiero po skurczeniu się błony śluzowej wskutek zakokainowania zauważono, iż dno nosa jest wzniesione, powierzchnia wzniesienia była nierówna, barwy ciemno-szarawej; badanie zaś zgłębnikiem wykazało obecność ciała, leżącego podłużnie na dnie nosa, o powierzchni nierównej, chropowatej; pod ciało to od przodu można było podejść zgłębnikiem i nieco je podważyć. Wszelkie usiłowania wydobycia tego ciała szczypczykami nie udały się; dopiero po podważeniu dłutkiem wydobyto je szczypcami, przyczem oderwano także blaszkę górną kości podniebiennej. Był to ząb (sieczny), ułożony poziomo w ten sposób, iż część jego, zwrócona ku przodowi, to jest korona zęba, leżała na dnie nosa wolno, część zaś tylna tkwiła pomiędzy blaszkami kości podniebiennej.

Jednym z rzadszych przypadków nieprawidłowego wyrośnięcia zęba jest następujący: w maju r. 1904 zgłosiła się dziewczyna w wieku 9 lat z rozdęciem jamy szczękowej lewej; rozdęcie obejmowało twarzową powierzchnię kości szczękowej; w jednem miejscu tego wydęcia czuć było można miejsce, jakby naginające się pod uciskiem palca; rozdęcie kości było o tyle znaczne, iż wywoływało asymetryę twarzy, widoczną na pierwszy rzut oka. Dno jamy nosowej

wzniesione, obrzmienie błony śluzowej muszel i wpuklenie ściany zewnętrznej jamy nosowej lewej; ropy w nosie nie widać. Nakłucie, wykonane przez przednią ścianę kości szczękowej, wykazało obecność cuchnącej ropy. W uśpieniu przystąpiono do szerokiego otwarcia jamy szczękowej od *fossa canina* (prof. Pieniążek); otwór zrobiono tak wielki, iż wygodnie można było nietylko obejrzeć, ale i małym palcem obmacać całą wewnętrzną powierzchnię jamy; otóż w kącie przednim na przejściu powierzchni przedniej w zewnętrzną można było widzieć dokładnie ciało, ułożone pionowo; ciało to w dolnej swej części leżało w kieszonce z błony śluzowej; część górna, a mianowicie korzeń zęba, sterczał wolno do jamy; ciało to wyjęto szczypczykami; był to ząb sieczny. Leczenie następowe polegało na wytamponowaniu jamy gazą jodoformową; po kilku dniach gazę wyjęto i przestrzykiwano jamę kwasem borowym i z tem poleceniem chora odeszła do domu. Z przewodu ślinianki podszczękowej lewej wydobył prof. Pieniążek kamyk, ważący 7·75, kształtu płasko-gruszkowatego.

Ciał obcych, uwięzniętych w migdałkach, mamy do zanotowania z ostatnich dwóch lat zaledwie kilka; w dwóch źdźbło słomy; wyjęcie w obu przypadkach było łatwe z powodu wystawania końca na zewnątrz migdałka; w trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z ością ze śledzia; i tu znowu w dwu przypadkach ciało obce było widoczne i dało się wyjąć; — w przypadku trzecim okiem niczego dostrzedz nie było można, tylko dotykiem wyczuwało się w zaułku górnym migdałka lewego sterczący koniec cienkiej kości; ciała tego nie udało się wydobyć; pomimo wezwania chory już więcej na oddział nie zgłosił się.

Więcej zainteresowania wzbudzić mogą następujące przypadki:

1) 40-letnia wieśniaczka miała zadławić się kością; drugiego dnia wystąpiły silne bole przy łykaniu; próby wydobycia, dokonywane przez lekarza na prowincyi (prawdopodobnie przy pomocy gąbki), nie odniosły skutku, a nawet, według podania chorej, wywołały pogorszenie. W tydzień po zachłyśnięciu się zjawia się chora w naszym oddziale; badanie wykazało: silne zaczerwienienie i nieznaczne wypuklenie tylnej ściany gardła; po stronie lewej obrzmienie błony śluzowej zatoki gruszkowatej (*sinus pyriformis*), fałdu nalewkowo-nagłośniowego, chrząstki nalewkowej, więzadła fałszywego, — obrzmienie pod więzadłem prawdziwem; ruchomość strony lewej upośledzona, zwężenie krtani nieznaczne. Ciała obcego nie znaleziono. Popołudniu tegoż samego dnia wystąpiło znaczne obustronne obrzmienie szyi, większe atoli po prawej, szyja przy obmacywaniu bardzo bolesna, zwiększenie się obrzęku krtani, szczególnie w części podwięzadłowej tak, iż musiano wykonać *cricotracheotomię*. Wieczorem tegoż samego dnia nastąpiło poronienie płodu 6-miesięcznego. Po dwóch tygodniach obrzmienie krtani i obrzmienie i bolesność bocznych ścian ustąpiły, zato już przy pierwszem badaniu zauważone lekkie wypuklenie tylnej ściany gardła znacznie się powiększyło; wypuklenie to było rozlane; szczyt jego odpowiadał wysokości wierzchołka nagłośni. Wypuklenie to naciął Prof. Pieniążek szeroko nożykiem krtaniowym, ropy jednak nie znaleziono. Drugiego dnia w miejscu nacięcia widoczny był czop szarawo biały, przy pociąganiu którego kleszczykami wydobyto strzęp obumarłej tkanki długości około 8 ctm.; była to prawdopodobnie obumarła powięź przykręgowa; przez otwór ziejący wchodzi się do szerokiej jamy pomiędzy błoną śluzową gardła, a kręgosłupem. Jama ta, jak i otwór, wygoiły się w krótkim przeciągu czasu tak, iż w miesiąc po przybyciu, chora zupełnie zdrowa, bez kaniuli, z zarośniętą przetoką odeszła do domu.

Przypadek ten tłómaczy się w sposób następujący: chora udławiła się kością i to prawdopodobnie kością dość wielką i o ostrych końcach; kość ta wbiła się pod błonę śluzową gardła od strony lewej, tu bowiem spotkaliśmy obrzmienie odczynowe w krtani i zatoce gruszkowatej. Kość ta prawdopodobnie przy ruchach połykowych wskutek skurczu dolnego zwieracza połyku została wepchniętą głębiej. Działanie to należy tłómaczyć sobie w sposób następujący: obecność ciała obcego wywoływała skurcz mięśnia zwieracza, zwiększający się przy każdym ruchu połykowym; ruchy zaś połykowe z powodu następowego obrzmienia błony śluzowej i zwiększonej wydzieliny śluzu były coraz częstsze, następstwem czego było coraz głębsze wbijanie się ciała obcego pod błonę śluzową. Prawdopodobnie przy próbie wydobycia, dokonywanej w dwa dni potem, ciało obce wysunęło się z pod błony śluzowej, dostało się przez przełyk do żołądka i przez przewód pokarmowy niepostrzeżenie wyszło na zewnątrz. Przez wbicie atoli ciała obcego powstało ropne zapalenie pod błoną śluzową z następowem obumarciem powięzi przykręgowej; obrzmienie zaś krtani, zatoki gruszkowatej i szyi trzeba uważać jako ostre obrzmienie odczynowe.

2) Pacyentka 50-letnia przybywa w 24 godzin po udławieniu się kością z kurczęcia. Badanie wykazało: bolesność uciskowa w okolicy chrząstki tarczykowej prawej, obrzmienie bocznej prawej ściany gardła, zatoki gruszkowatej, chrząstki nalewkowej, fałdu nalewkowo-nagłośniowego i nieruchomość strony prawej krtani. W obu zatokach gruszkowatych znaczne nagromadzenie się śluzu; z objawów podmiotowych silny ból przy połykaniu śliny i płynów, niemożność połykania potraw stałych. Ciała obcego nieznaleziono; obmacywanie zgłębnikiem zatoki gruszkowatej dało wynik ujemny. Wobec tego przypuszczano, iż ciało obce albo zostało wbite głęboko, lub też wpadło do przełyku. Dopiero trzeciego dnia zauważyłem wysterczający z pośród nagromadzonego śluzu w zatoce gruszkowatej prawej biały punkcik, który był wierzchołkiem kostki; ciało to wyjąłem kleszczykami krtaniowemi. Była to cienka, długa na 5 ctm. kość, wbita prawdopodobnie w dno zatoki gruszkowatej. W przeciągu kilku dni następnych obrzmienie i nieruchomość strony prawej ustąpiły.

3) Kobieta 60-letnia połknęła przed 3 dniami kość; z powodu bolów przy połykaniu zgłasza się na oddział. Badanie wykazało obecność kości, długiej na jakie 6 ctm.; kość ta leży poziomo; jednym końcem jest wbita w tylną prawą ścianę gardła na wysokości wejścia do krtani; koniec drugi sterczy wolno popod więzadłem fałszywem lewem; w miejscu wbicia w ścianę gardła ograniczone wypuklenie, z którego wydobywa się ropa. Podczas usiłowanego wyjęcia kość wpadła do przełyku.

4) Zupełnie analogiczny przypadek obserwowałem u mężczyzny dnia 9/VIII 1904, z takim samym wynikiem przy próbach wyjęcia.

5) Dnia 19/X 1904 r. zgłosiła się dziewczyna 16-letnia, z zawodu szwaczka, podając, iż poprzedniego dnia połknęła igłę. Z objawów podmiotowych podaje, że czuje ból przy przełykaniu i przy ucisku przedniej części krtani. Badanie wykazało obecność igły, wbitej końcem ostrym w przedni kącik krtani zaraz popod więzadłami; koniec zaś drugi z uszkiem wbity w tylną ścianę gardła nad samą krtanią. Igła uszkiem swem zbacza nieznacznie ku stronie lewej. Po zakokainowaniu krtani usiłował Prof. Pieniążek najpierw ruchami szczypczyków krtaniowych (rowkowanych) ku przodowi uwolnić tylny koniec igły, a gdy to się nie udało, podważył szczypczykami igłę ku przodowi i wydobył ją, przyczem atoli odłamało się uszko od igły. Badanie zwierciadłem wykazało zaraz po wydobyciu szczelinę na tylnej ścianie gardła, w której pomimo poszukiwań uszka igły znaleźć nie było można. W 24 godzin po wydobyciu chora czuła jeszcze ból przy połykaniu i obmacywaniu przedniej części krtani; dnia następnego objawy te już znacznie się zmniejszyły.

(Dokończenie nastąpi).

II. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

Podał

Dr. med. i fil. **P. Pręgowski** (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Doniosły warunek prawidłowego rozwoju psychiatryi stanowić muszą oczywiście badania histopatologiczne kory mózgowej. Dlaczego histopatologia kory mózgowej nie stoi dotąd wysoko, wspomniałem pokrótce poprzednio. Zrozumiemy to najlepiej, gdy choć pobieżnie rozejrzymy się w dotychczasowym rozwoju anatomii mikroskopowej ośrodkowego układu nerwowego. W rozwoju tym odróżniamy cztery okresy: pierwszy okres sięga do końca lat 60-tych; związane są z nim nazwiska Deitersa, Gerlacha, Maxa Schulzego. Według Deitersa wszystkie komórki nerwowe posiadają wypustki nerwowe, które on najściślej odróżnia od wypustek protoplazmatycznych. Komórkę nerwową określa też jako taką, która posiada wypustkę nerwową, t. j. pozostaje w związku z niewątpliwemi częściami nerwowemi. Wszystkie wypustki nerwowe, otrzymując osłonkę myelinową, przechodzą we włókna osiowe włókien nerwowych. Mamy więc tu uogólnienie odnośnego twierdzenia Remaka. Wszystkie włókna nerwowe pochodzą z wypustek nerwowych komórek nerwowych. Gerlach nieco odmiennie zapatruje się na ten przedmiot. Twierdzi on, w odniesieniu do powstania przednich i tylnych korzonków rdzenia, co później zostało uogólnione do całego układu nerwowego, że 1) nie wszystkie komórki nerwowe posiadają wypustki nerwowe, niektóre posiadają tylko wypustki protoplazmatyczne; że 2) nie wszystkie włókna nerwowe pochodzą z wypustek nerwowych komórek nerwowych, — niektóre wychodzą ze splotów, utworzonych przez rozgałęzienie wypustek protoplazmatycznych (t. zw. *Nervenfasernetzwerk*). Hipoteza ta, jak wspomniałem, została uogólniona do całego układu nerwowego i panowała do lat 90-tych, t j. do czasu powstania nauki o neuronach. Max Schulze widział we włóknach osiowych włókien nerwowych włókienka nerwowe (*Neurofibrillen*) i podaje, że wykazał je i w komórkach nerwowych, stanowisko, jak widzimy, to samo, na którem stoimy i obecnie.

Co się tyczy poglądów na istotę podpórczą, istniejących w tym okresie, zauważyć należy, iż istniała wówczas nauka o t. zw. „*schwammig poröse Grundsubstanz*“, mającej się znajdować pomiędzy komórkami nerwowymi, włóknami nerwowymi, tudzież w okach owej Gerlachowskiej siateczki. Istotę tę uważano za istotę międzykomórkową charakteru nienerwowego. Jak wiadomo, według obecnego zapatrywania Nissla, istota ta jest tem, czem jego „*das nervöse Grau*“ i posiadać ma najwyższe swoiste funkcye nerwowe. Dalej część badaczy utrzymywała, że istota podpórcza w środkowym układzie nerwowym jest pochodzenia mezodermalnego i powstaje z wpuklenia się do tkanki nerwowej — opony miękkiej. — Deiters odmawiał charakteru nerwowego komórkom zw. „*Körner*“ lub „*freie Körner*“, jakie znajdują się szczególniej przy naczyniach krwionośnych. Twory te uważał za równoważniki komórek (*Zell-Equivalente*) dla niedostatecznego rozwinięcia ich ciał protoplazmatycznych. Z pośród takich „*Zellequivalente*“ opisał postać, nazwaną komórkami Deitersa, w których słabo widoczne ciało protoplazmatyczne posiada gładkie długie wypustki. Obecnie, jak wiadomo, nazywamy te komórki — komórkami pająkowatemi (*Spinnenzellen*), przyczem podnieść należy, że określenie „komórka pająkowata“ (*Spinnenzelle*) jest określeniem formy i że znamy conajmniej trzy różne przypadki, w których stosujemy to określenie.

Wreszcie co się tyczy układu naczyniowego — znane były t. zw. przestwory Robin-Virchowa, które Boll nazwał przybyszowymi (adwentycyalnymi) przestworami chłonnymi (*adventiticle Lymphräume*). Znano t. zw. przestwory Hisa t. zw. *perivasculäre s. extravasculäre*. Obersteiner potem przyjął istnienie t. zw. *pericelluläre Lymphräume*, które, jak przyjęto, znajdować się mają z poprzedniemi przestworami Hisa w połączeniu przy pomocy kanalików, mających się znachodzić w tkance nerwowej — i służyć do odżywiania komórek nerwowych. Jak wiadomo, istnieje obecnie przekonanie, że tak przestrzenie Hisa, jak i Obersteinera są artefaktami, otrzymały też nazwę *perivasculäre u. pericelluläre Schrumpfräume*.

Tak świetnie zapowiadający się rozwój histologii ośrodkowego układu nerwowego — został z końcem lat 60-tych przerwany nauką Meynerta, która też zapoczątkowała okres drugi w rozwoju badań ośrodkowego układu nerwowego, trwający mniej więcej od początku lat 70-tych do końca lat 80-tych, około więc lat 20. Okres ten bywa nazywany często w Niemczech okresem anatomii dróg nerwowych (*Faseranatomie*) Jak wiadomo, według wspomnianej nauki Meynerta wszystkie komórki nerwowe w środkowym układzie nerwowym mają tę samą budowę i tę samą funkcyę, a tylko od różnego połączenia między komórkami zależą różne funkcye ośrodkowego układu nerwowego. Tak n. p. rdzeń — według Meynerta — tylko dlatego nie spełnia tych samych funkcyj, co kora mózgowa, że nie posiada tak licznych i tak różnorodnych połączeń między komórkami nerwowemi.

Chcąc przeto poznać istotę tak różnorodnych prawidłowych i chorobowych procesów duchowych, — badać należy, mówi Meynert, owe połączenia i drogi nerwowe. Badanie komórek nerwowych i innych tkanek, np. kory mózgowej, schodzi wobec tego na plan podrzędny. Ta nauka Meynerta pobudziła do licznych badań nad drogami nerwowemi, a przedewszystkiem do poznania dróg piramidowych. Z początku tego okresu sporządzano skrawki przy pomocy dwuchromianu potasowego i karminu. Potem metodę tę zmieniła Weygertowska metoda, barwiąca osłonkę myelinową. Nadto postępowano według sposobów Guddena i Flechsiga. Równocześnie z powyższemi badaniami anatomicznemi fizyologia wykazywała na drodze doświadczalnej umiejscowienia funkcyi ośrodkowego układu nerwowego.

Co do wspomnianej nauki Meynerta zauważyć jeszcze należy, że w każdym razie Meynert uważa komórkę nerwową za pierwiastek swoiście nerwowo funkcyonujący, gdy, jak wiadomo, istnieje obecnie twierdzenie, że nim nie są komórki nerwowe. W każdym jednak razie stwierdzić należy, że — niezależnie od tego, czy komórkom nerwowym jest lub nie jest przypisywana swoista funkcya nerwowa, — nauka Meynerta, utrzymująca, że różnorodność funkcyi układu nerwowego polega na różnorodnych drogach nerwowych, — należy do przeszłości.

Okres 3-ci datuje się od początków lat 90-tych i znajduje się pod znakiem metody Golgiego. Rozpoczyna go nauka o neuronach. Cały układ nerwowy, — według tej teoryi, — to zbiór niezależnych od siebie tak pochodzeniem, jak i anatomicznie, odrębnych jednostek nerwowych (t. zw. neuronów). Każdą z nich stanowi komórka nerwowa, posiadająca wypustkę nerwową, która w jednych komórkach szybko po wyjściu rozgałęzia się, w innych na dłuższej przestrzeni zachowuje swą indywidualność i staje się włókienkiem osiowem włókna nerwowego. Niektórzy na tej podstawie odróżniali nawet dwa rodzaje komórek nerwowych (kom. nerw. o szybko się rozgałęziających i o nierozgałęziających się włóknach nerwowych). Wypustki nerwowe kończą się ślepo, lub kolbkami przy innych jednostkach nerwowych, mogą ich dotykać, ale się z niemi nie zrastają. Do tego odnoszą się owe znane *Kontaktteorie* i *Kontiguität-Teorie*. Oprócz wypustek nerwowych posiadają komórki nerwowe wypustki protoplazmatyczne, co do znaczenia których atoli już nie było takiej zgodności. Jak wiadomo, przeciwko teoryi tej o neuronach wystąpili w ostatnich czasach szczególniej Bethe i Nissl i niewątpliwie zwalili twierdzenie, jakoby w wykształconym układzie nerwowym (więc, jak mówimy, anatomicznie) komórki nerwowe były niezależnemi od siebie tworami, jakoby nie było między niemi owej *Kontiguität*, którą przeciwnie, oni czynią faktem niewątpliwym.

Pozostaje jeszcze w nauce o neuronach — wspomniane drugie twierdzenie o niezależności ich pochodzenia, którego przeciwnicy nauki o neuronach dotąd nie zbili, aczkolwiek sądzą, że to uczynili.

W okresie tym czyniono dalsze badania nad drogami nerwowemi, badano np. metodą Golgiego dalszy przebieg włókien, wychodzących ze znanych przez badaczy okresu 2-go większych dróg nerwowych. Nadto usiłowano też poznać bliżej pierwiastki komórkowe ośrodkowego układu nerwowego. Atoli na przeszkodzie lepszemu ich poznaniu stała niedostateczność metody Golgiego, a głównie następujące dwie jej wady: 1) że metoda ta daje nam nie wewnętrzną budowę, lecz zewnętrzne kształty komórek, i 2) że metoda ta nie jest dostatecznie elektywną, barwi jednakowo różne tkanki. Nic też dziwnego, że nie dała możności nawet ściśle odróżnić to, co jest komórką nerwową, od tego, co nią nie jest. Co się zaś tyczy znajomości tkanki podpórczej, to w okresie tym, dzięki barwieniu Golgiego, coraz więcej przyzwyczajono się do tego, że tkanka ta składa się z komórek, których ciało protoplazmatyczne posiada rozmaite wypustki.

A wreszcie w czasie obecnym mamy okres 4-ty badań anatomicznych ośrodkowego układu nerwowego, okres, szczycący się takiemi nazwiskami, jak Nissl, Bethe, Weygert, — którego główne wyniki są: bliższe poznanie wnętrza komórek nerwowych, które zawdzięczamy metodom Nissla i Bethego, tudzież bliższe poznanie tkanki neurogliowej, które mamy do zawdzięczenia przedewszystkiem Weygertowi. Jak okres poprzedni był pod znakiem nauki o neuronach, tak okres obecny cechuje szczególniej — walka z tą nauką.

Jeżeli zwrócimy teraz uwagę na rozwój histopatologii ośrodkowego układu nerwowego, to nie trudno będzie pojąć, że okresy 2-gi i 3-ci sprzyjać nie mogły temu rozwojowi: drugi, jak widzieliśmy, dlatego, że — wyrażając się nieco trywialnie, — czynić tego nie chciał, przypisując większe znaczenie badaniu tylko dróg nerwowych, trzeci zaś, że nie mógł z powodu niedostateczności metody Golgiego. Mimo to jednak zbadany i poznany został w owych czasach cały szereg faktów patologicznych. I tak — zauważono, że często, w przypadkach chorobowych wzmożona jest liczba komórek Deitersa. Zwrócono również uwagę na to, że często, wokoło naczyń, tudzież niekiedy naokoło komórek nerwowych znajduje się patologicznie zwiększona liczba jąder. Uważano tę sprawę za pozostającą w związku z procesami zapalnymi. Atoli tłómaczono sobie, zgodnie z nauką o zapaleniu, że te drobnokomórkowe nacieki są, jak sądzili jedni, ciałkami krwi, czy też, według zdania innych, zmienionemi pod wpływem sprawy zapalnej i nawróconemi do stanu embryonalnego komórkami nerwowemi, neurogliowemi albo komórkami ścianek naczyń. — Dalej, już w latach 50-tych, wskazał Türk, że po krwotokach itp. w ośrodkowym układzie nerwowym różne drogi nerwowe ulegają zwyrodnieniu, które łatwo poznać przy działaniu dwuchromianem potasowym. Wkrótce potem wskazał Türk, że mogą powstawać również i pierwotne zwyrodnienia dróg nerwowych.

Ale właściwe badania histopatologiczne mogły rozwinąć się dopiero z powstaniem metody, pozwalającej nam przeniknąć w wewnętrzną budowę komórek nerwowych. Taką metodą okazała się metoda Nissla; to też, pomimo swoich wad, stała się ona podstawą spółczesnej histopatologii ośrodkowego układu nerwowego, a przedewszystkiem kory mózgowej. Widzimy też, że dopiero w obecnym 4-tym okresie badań ośrodkowego układu nerwowego histopatologia kory mózgowej wstąpiła na właściwe tory. Choć istnieje ona stosunkowo tak niedługo, jednakże już można odróżnić w niej różne koleje rozwoju. A mianowicie — początkowo zwrócono się do wyszukiwania wyłącznie zmian w komórkach nerwowych. Nissl w tem wychodził z dawnego swego założenia, że komórki nerwowe są wyłącznie i specyficznie nerwową tkanką. Posiłkując się doświadczeniami, opisał on szereg zmian w komórkach nerwowych. Atoli zmiana poglądu Nissla na to, co jest specyficznie nerwową tkanką (nauka Nissla o *„nervöse Grau“*), osłabiła w nim dążenie do badania wyłącznego zmian w komórkach nerwowych. Z drugiej strony zasada klinicznej psychiatryi Kahlbaum-Kraepelinowska wywarła swój wpływ także i na badania histopatologiczne. Staramy się też obecnie w histopatologii kory mózgowej badać zmiany nietylko w jednym pierwiastku, ale we wszystkich tkankach kory mózgowej, nadto zaś o ile możliwe uwzględniać nietylko jakieś czasowe stany, okresy, lecz całe procesy, cały przebieg zmian chorobowych. (C. d. n.)

III. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale)*.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie.)

Napad dychawiczy poczyna się często od objawów nieżytu nosa, a często zatkanie nosa towarzyszy całemu na-

padowi; zauważono też nieraz u dychawiczych znaczną poprawę po usunięciu polipów nosa, lub wypaleniu przerosłej błony śluzowej muszel. Dało to powód do szukania związku pomiędzy dychawicą a cierpieniami nosa, które mają odruchowo wywoływać kurcz oskrzelek. Z całym zapałem głosił to zapatrywanie Hack, przyjmując cierpienia nosa jako przyczynę dychawicy wogóle, a Brügelmann wyszukuje nawet „punkty astmatyczne“ w nosie, których zadrażnienie ma napad dychawicy wywoływać, a których zniszczenie najlepiej napadom zapobiega. Pewnego związku między dychawicą a cierpieniami nosa zaprzeczyć istotnie nie można; usunięcie polipów nosa lub przerostu błony śluzowej muszel sprawia bardzo często u dychawiczych znaczną poprawę; nie udaje się jednak zazwyczaj i w ten sposób dychawicy usunąć zupełnie i trwale, a czasem nawet zabiegi te żadnego skutku nie odnoszą. Z drugiej strony daleko częściej spotykamy te same zmiany w nosie u ludzi, którzy wcale na dychawicę nie cierpią. Tak więc przyjąć musimy, że związek między cierpieniami nosa a dychawicą oskrzelową u niektórych tylko osobników zachodzi. Cierpieniami nosa, które u nich napady wywoływać mogą, są wszystkie te, które wywołują zwężenie przewodów nosowych, względnie zatkanie nosa. Według mojego zdania związek ten polega nie na żadnej sprawie odruchowej, lecz na następstwach, do jakich prowadzi utrudnienie oddychania przez nos w pewnych warunkach i przy wrodzonem usposobieniu. Aby mianowicie przy zatkaniu nosa oddychanie ustami się odbywało, musi oddychanie nosem być wyraźnie utrudnionem, a utrudnienie to dojść musi do świadomości chorego; to też nie następuje ono tak łatwo we śnie, jak na jawie, a przytem następuje tem trudniej, im sen jest twardszy, a władze umysłowe mniej są czynne. Dlatego chorzy zupełnie nieprzytomni, jak czasem bywa w płonicy, równie jak noworodki i dzieci kilkotygodniowe, trzymają usta zamknięte nawet przy zupełnem zatkaniu nosa, a otwierają je dopiero po dochodzących najwyższego stopnia a bezowocnych wysiłkach wdechowych, aby wciągnąwszy powietrze, zamknąć je zaraz napowrót. Na mniejszą skalę dzieje się to samo we śnie, a zwłaszcza we śnie twardym i u małych dzieci; tu spotkać można nieraz oddychanie nosem utrzymujące się ciągle pomimo znacznego utrudnienia. Utrudnionym jest tu zarówno wdech, jak i wydech. Przy wdechu pracują mięśnie wdechowe dłużej i silniej, stąd też wdech jest wydłużony i nasilony, wydech zaś odbywa się biernie i tylko trwa dłużej; jeżeli jednak mimo wysiłków wdechowych zbyt mało powietrza do płuc się dostaje, to i wydłużenie wydechu nie jest znaczne. Im więcej nasilone wdechy doznają przeszkody we wciąganiu powietrza do płuc, tem bardziej ssąco działają na krew w żyłach, zwiększając jej spływ do prawej połowy serca, skąd się też ona w większej ilości do płuc dostaje; równocześnie zmniejsza się też z powodu obniżonego ciśnienia w klatce piersiowej odpływ krwi z żył płucnych do lewej połowy serca, a z niej do całego ciała z wyjątkiem narządów samej klatki piersiowej, do których krew tem łatwiej dopływa. Podczas wydechu dopływ krwi żylnej do prawej połowy serca, a z niej do płuc jest wprawdzie znowu mniejszy, a odpływ krwi tętniczej z płuc do lewej połowy serca i z niej do ciała znowu większy, nie w tym jednakże stopniu, aby przez to zmniejszyć się mogła ilość krwi, jaka się nagromadziła w płucach podczas wdechu; wydech bowiem jako bierny nie podniesie o wiele ciśnienia w klatce piersiowej, a przytem ciśnienie to zarówno działa na żyły płucne, jak i na przedsionki serca. Przy zwiększonym przypływie, a zmniejszonym odpływie krwi z płuc musi przyjść do ich przekrwienia i zastoiny krwi, zwłaszcza w drobnych żyłkach płucnych. Podobnież uledz muszą przepełnieniu krwią drobne żyłki oskrzelek, które z żyłkami płucnemi bardzo obficie się łączą, a to tem bardziej, że i w oskrzelkach, podobnie jak w płucach, z powodu obniżenia ciśnienia w klatce piersiowej podczas wdechu przypływ krwi tętniczej musi być zwiększony, a odpływ krwi żylnej zmniejszony, wydech zaś powstałego przez to nadmiaru krwi w naczyniach oskrzelowych usunąć nie zdoła. Skutkiem tego drobne żyłki oskrzelek tem łatwiej uledz muszą przepełnieniu krwią, bo obok zwiększonego jej dopływu i zmniejszonego odpływu pewną jej ilość bezpośrednio z żyłek płucnych dostawać mogą. Zaburzenia te w krążeniu łatwo się wyrównują na jawie, gdy po wysiąkaniu nosa i przeminięciu nabrzmienia muszel nos staje się dobrze drożnym, albo w potrzebie oddychanie przez otwarte usta się odbywa; u osób jednak, których nerwy naczynioruchowe są nadmiernie wrażliwe, może pod ich wpływem powstać przekrwienie żylne wyższego stopnia, a nawet przesięk w błonę śluzową oskrzelek, który ich światło zwężać będzie. Zapewne nie nastąpi to odrazu, ale dopiero po dłuższym czasie, w ciągu którego płuca każdej prawie nocy podlegały przekrwieniu; w końcu jednak przyjść może do tego, że przekrwienie to pod wpływem nerwów naczynioruchowych pierwej jeszcze powstanie, zanim przez utrudnienie wdechów mechanicznie wytworzyćby się mogło, albo też, że towarzyszyć ono będzie nabrzmiewaniu muszel nosowych, (które także na porażeniu ich nerwów naczynioruchowych polega) nawet, gdy oddychanie nosem nie jest utrudnione, albo też oddech odbywa się odrazu przez usta.

Za słusznością powyższego tłómaczenia przemawia to, że napady dychawicze krótkotrwałe powstają po największej części w nocy, t. j. wtedy, kiedy i przewody nosowe bywają bardziej zwężone z powodu, że przy leżeniu więcej krwi napływa do ciał jamistych muszel, a we śnie wydzielina nosowa nie zostaje usuniętą i łatwo wysycha. Przemawia za tem tłómaczeniem i to, że dychawica nie tam zwykle powstaje, gdzie nos jest zupełnie zatkany, a oddychanie stale tylko przez usta się odbywa, ale tam, gdzie zatkanie nosa jest niezupełne i niestałe; najczęściej wreszcie powstaje w tych warunkach dychawica już w wieku dziecięcym, t. j. wtedy, gdy z powodu twardego snu oddychanie pomimo utrudnienia zwykle przez nos się odbywa. Wreszcie zdarza się też dychawica oskrzelowa i przy utrudnieniu oddychania przez przerosłe migdałki podniebienne albo migdałek trzeci i poprawia się lub ustępuje po ich usunięciu; jeżeli się zaś wydarza rzadziej, niż przy zatkaniach nosa, to dlatego, że w tych stanach rzadziej oddychanie nosem tak znacznego doznaje utrudnienia. Przerosłe migdałki podniebienne pozostawiają bowiem zwykle poza podniebieniem dość miejsca wolnego dla lekkiego oddychania przez nos, a przerosły migdałek trzeci sprowadza nałogowe trzymanie ust otworem zwykle, zanim jeszcze oddychanie przez nos w znaczniejszym stopniu utrudnionem zostanie. Jeżeli mianowicie pomiędzy migdałkiem trzecim a nabrzmiałymi tylnymi końcami muszel dolnych dość jeszcze miejsca dla przejścia po-

wietrza pozostaje, to odchyli ono przy wdechu opadłe w tył na migdałek trzeci podniebienie miękkie, torując sobie drogę po za niem bez trudu; przy wydechu jednak zastaje drogę ku nosowi zamkniętą przez opadłe na trzeci migdałek podniebienie, a wtedy odchyla język i rozchyla wargi, wychodząc ustami. Przez to wyrabia się powoli bierne niedomykanie ust, które po pewnym czasie pozostaje nałogowo i na jawie, nawet wtedy, gdy oddech nosem może odbywać się zupełnie lekko. Dlatego w wyższym stopniu przerostu migdałka trzeciego, przy którym i wdech doznaje znacznego utrudnienia, usta bywają już zwykle nałogowo rozwarte i takiemi pozostają też we śnie, tak że do wysiłków wdechowych zazwyczaj już nie przychodzi. Może wprawdzie i przerost migdałków podniebiennych i migdałka trzeciego we śnie sprowadzać bardzo znaczne utrudnienie wdechu, wydarza się to jednak znacznie rzadziej, niż przy zatkaniach nosa, a tem samem rzadziej może być powodem powstania dychawicy oskrzelowej. Utrudnienie oddychania przez nos nie jest jednak wcale warunkiem koniecznym do powstania dychawicy i wielu chorych, cierpiących na napady dychawicze, nie doznaje go wcale. U innych powstają podczas napadu objawy nieżytu nosa, a nieraz nieżyty krtani i tchawicy tak, że następuje kichanie lub kaszlanie, w początkach nieraz bardzo uporczywe. Może tu napad dychawicy dołączyć się do zwykłego nieżytu nosa lub krtani, albo też objawy nieżytu mogą polegać na porażeniu nerwów naczynioruchowych, które równocześnie tak tu, jak i w oskrzelkach występuje. Z drugiej znów strony nabrzmiewanie muszel nosowych i utrudnienie oddychania przez nos niezawsze jednakowo wpływa u dychawiczych na powstanie napadu; widocznie wrażliwość naczynioruchowych nerwów oskrzelek bywa tu nietylko u różnych osób, ale nawet u tej samej osoby w różnych czasach różna tak, że te same bodźce nie zawsze jednakowo na nie działają. Szukano także związku dychawicy z innymi odległymi narządami, z którychby sposobem odruchowym napady wywołane być mogły. Z własnego doświadczenia nie umiałbym żadnego przykładu takiego związku przytoczyć; najbardziej możliwym wydaje mi się jednak związek z macicą, której cierpienia mogą czasem wywoływać, i to przez pośrednictwo nerwów naczynioruchowych, pewne zmiany nawet w odległych narządach. Sam doświadczyłem, że u ciężarnych powstaje po lekkich nawet zabiegach śródkrtaniowych nieraz niestosunkowo silne obrzmienie, a po nieco większych zabiegach operacyjnych powstać może obrzmienie bardzo znaczne, które nawet zwężenie krtani niekiedy sprowadza. Niezawodnie nie jest to bez wpływu nerwów naczynioruchowych, a wobec tego przypuścić mogę, że u dychawiczych stany chorobowe macicy, a nawet prawidłowa miesiączka, mogą w danym razie wywołać porażenie nerwów naczynioruchowych, które żyłki oskrzelek zaopatrują, a stąd w danych warunkach stać się powodem napadu dychawiczego.

Najmniej pewne są wnioski o istocie dychawicy, jakieby można wyciągać z działania środków leczniczych w jej napadach; do pewnego stopnia można jednakże i działanie niektórych leków w tym celu zużytkować. I tak największą ulgę w napadach dychawiczych sprawia bezwarunkowo podskórne zastrzyknięcie morfiny; po niem idą inne środki narkotyczne, jak zwłaszcza chloral i amylen, a wreszcie stramonium lub konopie indyjskie w formie papierosów. Wszystkie te środki sprawiają mniejszą lub większą ulgę choremu, chociaż nie zawsze pewnie działają; żaden z nich jednak nie jest w stanie przerwać samego napadu, a chociażby nawet uczucie duszności zupełnie ustąpiło, jak to zwłaszcza po wstrzyknięciu morfiny najczęściej bywa, to przecież objawy przedmiotowe zwężenia oskrzelek pozostają te same. Nie bardzo to przemawia za kurczem oskrzelek, który powinienby zwłaszcza po morfinie ustępować; widocznie więc działa ona tylko jako narkotyk, usuwający podmiotowe uczucie duszności. Swoją drogą mogą te środki, chroniąc od niepotrzebnego drażnienia oskrzelek kaszlem i nasilonymi oddechami, przyczynić się do szybszego preminięcia napadu. Najczęściej jednak udaje się skrócić napad za pomocą sporych dawek jodku potasu, który jest środkiem pobudzającym wybitnie wytwarzanie się wydzieliny w drogach oddechowych. Skuteczność tego środka, który wreszcie także czasami zawodzi, przemawia więcej za tem, że dychawica jest sprawą do suchego nieżytu zbliżoną, niż żeby na kurczu oskrzelek polegała. Skuteczność większych dawek bromku potasu, którą wreszcie rzadko tylko stwierdzić można, odpowiadałaby równie dobrze kurczowi oskrzelek, jak i zboczeniom w zakresie nerwów naczynioruchowych; może, co prawda, więcejby się po tym środku spodziewać można skutku w naczynioruchowym kurczu, niż w porażeniu. Jako środek, który jest w stanie napad dychawicy przerwać, zaleca G o l d s c h m i d t (*l. c.*) parówkę i wogóle nadmierne przegrzanie ciała; (sam nie mam pod tym względem własnego doświadczenia). Nie sądzę, żeby to mogło usunąć kurcz oskrzelek, którego morfina użyta podskórnie usunąć nie zdoła; natomiast łatwo mi się tłómaczy, że przy rozszerzeniu skutkiem ciepła naczyń całej skóry, które przytem i po za skórę w głąb sięgać musi, krew z lewej komórki obficiej będzie odpływać, a przez to mniej się jej gromadzić będzie w klatce piersiowej, zwłaszcza, że obfite poty prowadzić muszą do pewnego zagęszczenia krwi, której przez to na ilość mniej już będzie w układzie naczyniowym, a tem samem mniej ona już może rozszerzać żyłki płucne i oskrzelowe. W podobny też sposób działać może na napad dychawicy gorączka (też twierdzenie G o l d s c h m i d t a), w której naczynia ciała, a zwłaszcza skóry, zostają rozszerzone; podobny też być musi wpływ baniek, które stawiane na klatce piersiowej nieraz w napadzie dychawiczym znaczną sprawiają ulgę. Bańkom trudno już przypisać wpływ na kurcz oskrzelek, gdy natomiast odciągnięcie krwi od wnętrza klatki piersiowej do jej powierzchni jest w ich działaniu widocznem. Wspomnieć tu jeszcze winienem o samoistnem wyleczeniu dychawicy, jakie się nieraz z wiekiem wydarza. G o l d s c h m i d t na podstawie swego doświadczenia twierdzi, że wyleczenie to następuje w miarę wytworzenia się rozedmy płuc. Oczywiście chodzi tu o wyższe stopnie rozedmy; niższe bowiem u dychawiczych zwykle się spotyka; przy wyższych zaś wytwarza się także nieraz ogólne rozdęcie oskrzelek (*bronchiectasia diffusa*), których mięśnie z czasem kurczliwość swą utraciły. Do tego też odnosi G o l d s c h m i d t brak napadów dychawiczych w okresie rozedmy płucnej; ja zaś tłómaczę to sobie tem, że rozdęte oskrzelka nie mogą być już pomimo obrzmienia ich błony śluzowej w tym stopniu zwężone, by oddech znacznie utrudniały. Przytem postępujący zanik płuc i ich naczyń musi się i na oskrzelka, zrazu najdrobniejsze,

później większe, rozszerzyć; i tu musi przyjść z czasem do zaniku naczyń, a stąd i ścieńczenia błony śluzowej, która się już staje niezdolną do znaczniejszego obrzmienia. Skutkiem zaniku naczyń cierpi także odżywianie się warstwy mięsnej oskrzelek, która też powoli zanika, umożliwiając przez to powstanie rozszerzenia się oskrzelek.

W innych razach natomiast wytwarza się po długiem trwaniu dychawicy i częstych powrotach jej napadów stałe obrzmienie błony śluzowej oskrzelek, które już nie ustępuje więcej, a zwiększając się od czasu do czasu, wywołuje jeszcze napadowe pogorszanie się oddechu, albo też zmniejsza się jeszcze przytem czasowo, by wkrótce znowu powrócić do dawnego stanu. Na tem polegają przypadki dychawicy, które Goldschmidt jako *„asthma permanens"*, albo jako *„asthma chronicum"* określa. Ostatnie przypadki nasuwają nam pytanie, czy też i w zwykłej napadowej dychawicy nie bywa czasem błona śluzowa oskrzelek przez czas dłuższy w mniejszym stopniu stale obrzmiałą. Mały stopień obrzmienia mógłby nie wywoływać, zwłaszcza przy dość spokojnem zachowaniu się, żadnych objawów, a usposabiałby do powstawania napadów dychawiczych, gdyż małe zwiększenie się obrzmienia mogłoby już zwężenie oskrzelek sprowadzić. Stanowczo przyjąć to musimy w tych przypadkach, w których przychodzą okresy, w czasie których objawy nieżytu nie ustępują po napadach w zupełności, a napady dychawicze bardzo często, czasem każdej nocy się powtarzają, a potem znowu okresy, w których przez czas dłuższy niema objawów nieżytu, a napady nie występują wcale. Możebnem jest jednak, że i w niektórych innych, a może i we wszystkich przypadkach dychawicy oskrzelowej błona śluzowa oskrzelek jest już bądź to z natury, bądź też skutkiem przebytych uporczywych nieżytów oskrzelowych, które często powstanie dychawicy poprzedzają, grubsza i pulchniejsza, albo w pewnym stopniu stale obrzmiała tak, że silniejsze jej obrzmienie tem łatwiej nastąpić może, a przez to światła oskrzelek, które tu stale węższemi, niż w stanie prawidłowym być muszą, tem łatwiej jeszcze większemu zwężeniu ulegają. Nie sprzeciwia się to w niczem temu, co powyżej powiedziano: nerwy naczynioruchowe mogą wywoływać tem łatwiej obrzmienie, im znajdą grunt bardziej po temu przysposobiony. Przypuszczenia te dałyby się stanowczo potwierdzić lub zaprzeczyć, gdybyśmy mogli badać za pomocą wzroku oskrzelka u dychawiczych i to tak dobrze podczas napadów, jak i w czasach zupełnie od nich wolnych. Mogłaby tu oddać pewne usługi bronchoskopia, pozwalająca nam przynajmniej początki oskrzeli trzeciorzędnych oglądać; jest ona jednak zbyt przykrą dla chorego, by ją bez ścisłych leczniczych wskazań stosować można. Ja miałem dotąd tylko raz sposobność wykonać badanie przy tracheoskopii górnej w dychawicy oskrzelowej. Było to dziecko $2^1/_2$ letnie, u którego wystąpiło nagle utrudnienie oddechu, a zwłaszcza wydechu, przy którym obok zbliska słyszalnego szmeru zwężenia stwierdzić było można na klatce piersiowej suche szmery wydechowe. Zachodziło tu podejrzenie wpadnięcia ciała obcego do tchawicy. Przy badaniu wykonanem pod chloroformem znalazłem dolną część tchawicy, jej klin podziałowy, oraz oba oskrzela bardzo silnie zaczerwienione, ich błonę śluzową obrzmiałą, w oskrzelach przytem trochę śluzu białego, który dla obejrzenia ich musiałem usunąć; ciała obcego wcale nie znalazłem. Obrzmienie było tak znaczne, że już początki oskrzeli okazywały się zwężone. Potem dowiedziałem się, że u dziecka, które leżało na klinice prof. Jakubowskiego, już na drugi dzień oddech stał się lekki i znikły wszystkie objawy nieżytu. Wobec tego muszę zgodnie z prof. Jakubowskim całą tę sprawę uważać za napad dychawiczy, który już u $2^1/_2$ letniego dziecka wystąpił, jak to się wreszcie, rzadko wprawdzie, ale przecież czasami wydarza. W przypadku tym zostało zatem podczas napadu dychawiczego stwierdzone za pomocą wzroku obrzmienie błony śluzowej oskrzeli głównych i klinu podziałowego tchawicy; sądzę jednak, że również musiała być obrzmiała błona śluzowa gałęzi głównych oskrzeli i, że głównie ich zwężenie utrudniało oddech. Było to dziecko $2^1/_2$ letnie, a stąd małe oskrzela drugorzędne już uledz mogły znacznemu zwężeniu; u starszego z powodu większej szerokości oskrzeli zwężenie wystąpićby mogło w całej pełni dopiero w dalszych ich rozgałęzieniach, nie posiadających już chrzęstnych pierścieni, czyli w oskrzelkach. Jak daleko w ogóle obrzmienie błony śluzowej na rozgałęzienia oskrzelek w dychawicy się rozszerza, wnosić możemy głównie z wykrztuszonych skrętków Curschmanna, których grubość jednak odpowiada już zwężonym przez obrzmienie światłom oskrzelek. Obrzmienie błony śluzowej rozciągać się wreszcie może na bliższe lub dalsze rozgałęzienia oskrzelowe, a od tego, równie jak i od stopnia obrzmienia, oraz ilości i gęstości wydzieliny, zależeć będzie natężenie napadu dychawiczego. Z drugiej strony, im węższe oskrzela, bądź o z powodu wieku dziecięcego, bądź też z powodu wrodzonej lub nabytej grubości ich błony śluzowej, w tem wyższych ich rzędach przy tym samym stopniu obrzmienia zwężenie powstać już może. Rozszerzenie się całej sprawy ku górze bywa także w napadach dychawiczych różne; w przypadku powyższym zajętą była dolna część tchawicy, a najsilniejsze zmiany stwierdzić było można na jej podziale i początkach oskrzeli. Nieraz też w czasie napadów dychawiczych spotyka się mniej lub więcej wyraźne objawy nieżytu tchawicy, a nawet krtani, w innych zaś razach niema ich wcale; często zaś, jak to już wspomniano, występują przytem objawy nieżytu nosa. Wskazuje to, jak rozległa przestrzeń w dychawicy równocześnie cierpieniu ulegać może i poucza nas, że nawet, gdybyśmy przypuścili stałe zgrubienie lub obrzmienie błony śluzowej oskrzelek jako podstawę, na której dychawica się rozwinąć może, to i tak dla samych napadów dychawiczych przyczyny szukać musimy w nerwach naczynioruchowych.

Podobny do dychawicy obraz przedstawiać też może zwężenie oskrzeli przez błony włóknikowe powstałe w dławcowem zapaleniu ich, przy którem wydech bywa wyraźnie więcej, niż wdech, utrudniony. Podobny wreszcie obraz może dać zwężenie tchawicy lub obu oskrzeli głównych przy ich odejściu (n. p. z powodu ugniecenia miejsca podziału od dołu), jeżeli przytem głównie wydech doznaje utrudnienia, jak to w zwężeniach tchawicy nieraz się wydarza. Przypadki tego rodzaju mogą być powodem pomyłek rozpoznawczych, od których tylko dokładne badanie uchronić może. Nie łatwo natomiast pomieszać można dychawicę oskrzelową z tymi przypadkami zwężeń tchawicy lub krtani, w których głównie wdech doznaje utrudnienia. To też z nazwą „dychawica" (*asthma*) nie spotykamy się wogóle w tych stanach chorobowych, w których powietrze z trudem do płuc się

dostaje, albo nie może się dostać w dostatecznej ilości, ale w tych, w których dochodzi ono z łatwością i w ilości dostatecznej, a pomimo tego chory odczuwa brak tlenu, czyli duszność. Duszność ta pochodzić może stąd, że wydalenie powietrza już zużytego przy wydechu napotyka przeszkody, a przez to nadmiar jego rozcieńcza zbyt silnie tlen wciągniętego przy wdechu powietrza, albo też, że powietrze wciągnięte samo przez się nie jest w stanie zaspokoić potrzeby ustroju. Są to stany różne, mające jednak tę cechę wspólną, że występuje w nich duszność, pomimo że oddychanie nie wydaje się być utrudnionem; stąd też w obu spotykamy, jeżeli występują napadowo, nazwę „dychawica" *(asthma)*, której rodzaj dopiero dodany przymiotnik określa. W rzeczywistości niema tu tylko utrudnienia wdechu, wydech zaś może być albo nie być utrudnionym; to jednak nie tyle samo w oko wpada, ile daje się dopiero spostrzedz przy ściślejszem badaniu. Stany, w których wydech napotyka przeszkody, łączą się pod względem klinicznym z innemi zwężeniami oskrzeli tak, że zasługiwałyby na nazwę wskazującą zmianę chorobową w oskrzelach, która je wywołuje, gdyby co do istoty choroby zgodność zapatrywań panowała; w każdym razie utarta nazwa dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) odgranicza je ściśle od innych cierpień. Inne rodzaje dychawic, t. j. te, przy których wydech nie doznaje żadnego utrudnienia, przedstawiają sprawy zupełnie różne od dychawicy oskrzelowej; przytem same mogą być rozmaite, zależnie od przyczyny, która je wywołuje, a którą dodanym przymiotnikiem określamy, jak „*asthma cardiacum*," „*uraemicum*", „*toxicum*". We wszystkich oddychanie jest lekkie, ale oddech nie zaspokaja potrzeb ustroju; dlatego powstaje uczucie duszności, a oddechy stają się głębsze i częstsze. Do tego rodzaju dychawic zaliczyć można napady duszności, powstające czasem u histeryczek na tle przeczulicy lub samopoddawania, dla których nazwa dychawicy nerwowej (*asthma nervosum*) byłaby najodpowiedniejszą. Nad tymi rodzajami „astmy", jako zupełnie różnemi od dychawicy oskrzelowej, nie mam zamiaru tu się zastanawiać.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z dziejów medycyny w państwie Mikada.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Źródła. Wieki upłynęły, zanim Europa zebrała garść wiadomości o kraju „wschodzącego słońca", którego synowie w podziw wprawiają świat cały, porwawszy się do srogich a krwawych zapasów z olbrzymem północy — zapasów, których ani końca, ni następstw, ni wpływu na ukształtowanie się przyszłych politycznych stosunków dziś jeszcze przewidzieć nie można. A jednak lud, zamieszkujący te na krańcach dalekiego wschodu położone wyspy, żył i rozwijał się już na kilkaset lat z górą przed naszą erą, przesiąknięty zrazu odwieczną cywilizacyą sąsiednich Chin, dopóki, zetknąwszy się z Europejczykami, nie przejął od nich wszystkich najnowszych zdobyczy ducha ludzkiego, by pod ich wpływem dojść aż na takie wyżyny, że już nie samym tylko orężem, lecz także i kulturalnym dorobkiem śmiało współzawodniczyć może z całym cywilizowanym zachodem starego lądu.

Mniej więcej do połowy XVI-go wieku o narodzie zamieszkującym Nippon, Jesso, Sikok i Kiou-Siou [1]) nie mamy żadnych wiadomości. Dopiero pierwszy Mendez Pinto, którego nazwać można Kolumbem Japonii, biorący udział w portugalskiej wyprawie na daleki Wschód, przewędrował w latach 1537—1558 Chiny, Indye i Japonię i rzucił pierwszy snop światła na kraj i ludzi tam żyjących. W ślad za nim wyruszyli w 1549 roku trzej uczniowie Lojoli, jezuici: Xaver, Fernandez i de Torres, niosąc tam pochodnię wiary chrześcijańskiej i skrzętnie badając nieznane im, dziwne zwyczaje mieszkańców.

Teraz już, gdy droga raz była wytknięta, rozpoczyna się prawdziwa wędrówka wypraw badawczych, które podejmują kolejno Portugalczycy, Hiszpanie i Holendrzy. Wyprawy te nie ustają w XVIII wieku, owszem spieszą na daleki Wschód badacze tej miary co Thunberg, Lapérouse i Laxmann, a w XIX wieku współzawodniczą w coraz lepszem poznawaniu nowego kraju Anglicy, Niemcy i Amerykanie z takim zapałem, że dzięki opisom znakomitych podróżników, jak: Pagès, Scherzer, Hoffmann, Siebold, Naumann, Rein, Marshall, Knipping, Drasche, Woolley, Schütt, Wojejkow poznaje Europa coraz lepiej ten odległy kraj, jego florę i faunę, sztuki, nauki i historyę.

Wszechstronne badanie Japonii przez wytrawnych podróżników odsłania nam niejeden szczegół i z dziejów sztuki lekarskiej, uprawianej tam od wieków, zwłaszcza, że między udającymi się do Japonii nie brak znakomitych przyrodników i lekarzy, co z zamiłowaniem właśnie ten temat opracowują, a wyniki swych spostrzeżeń w poważnych spisują dziełach.

Największe może zasługi pod tym względem położył niemiecki lekarz Engelbert Kaempfer, który przebywając w Japonii od roku 1690—1692, wiele pozostawił opisów. Szkoda, że znaczna ich część znajduje się tylko w rękopisach, będących obecnie własnością Muzeum brytyjskiego. Z ogłoszonych drukiem bardzo cenne szczegóły zawierają: »*Amoenitates exoticae*«; »*Icones selectae plantarum, quas in Japonia collegit*«; i wydana już po śmierci autora po angielsku: »*History of Japan and Siam*«.

W roku 1775 udaje się do Japonii profesor botaniki w Upsali Karol Piotr Thunberg, najsłynniejszy z uczniów Linneusza. Owocem jego badań są dzieła: »*Flora japonica*«; »*Resa uti Europa, Africa, Asia*« (Podróż po Europie, Afryce i Azyi), wreszcie trzytomowe »*Dissertationes academicae Upsaliae habitae sub praesidio C. P. Thunbergi*«.

Z prac późniejszych podróżników, którzy już w XIX wieku zwiedzili Japonię, przedewszystkiem na pierwszy plan wysuwają się dzieła Siebolda. Filip Franciszek Siebold wyjeżdża w charakterze lekarza z holenderską wyprawą w 1822 roku do Batawii, skąd wkrótce towarzyszy poselstwu holenderskiemu do Japonii, gdzie przebywa czas dłuższy, zdobywa sławę jako lekarz, a nawet zostaje powołany przez rząd japoński do nauczania cesarskich lekarzy w Jeddo [2]). Studya swe, podczas pobytu tamże zebrane, ogłasza w dziełach: »*Nippon, Archiv zur Beschreibung von Japan*«; »*Fauna japonica*»; »*Flora japonica*«; »*Bibliotheca japonica*«; »*Catalogus librorum japonicorum*«; »*Urkundliche Darstellung der Bestrebungen Niederlands und Russlands zur Eröffnung Japans*«.

W 1852 roku towarzyszy wyprawie amerykańskiej na wschód Azyi malarz Wilhelm Heine, który zabawiwszy dłuższy czas w Japonii, wydaje: »*Reise um die Erde nach Japan*»; »*Japan und seine Bewohner*»: »*Japan, Beiträge zur Kenntniss des Landes und seiner Bewohner*«.

Z innych prac o Japonii zasługują na uwagę zapiski i opisy trzech członków pruskiej wyprawy: Wernera, Marona i Spiessa, zebrane w urzędowem sprawozdaniu pod tytułem: »*Die preussische Expedition nach Ostasien*« — dalej następujące prace: Scherzer: »*Fachmännische Berichte über die österreichisch-ungarische Expedition nach Siam, China und Japan*«. Depping: »*Le Japon*«; Rosny: »*Extraits des historiens du Japon*«; Gryffis: »*The Mikados empire*"; Adams: »*History of Japan*«, i wreszcie wyczerpujące prace przeważnie z zakresu historyi medycyny japońskiej, ogłoszone przez berlińskiego okulistę Juliusza Hirschberga w *Deutsche med. Wochenschrift* z 1893 roku, oraz wyborne jego dzieło pod tytułem: »*Um die Erde*«, wydane w Berlinie 1894 roku.

Z badaczy, którzy pozostawili prace pomniejsze, dotyczące prawie wyłącznie historyi medycyny japońskiej, wspomnieć należy jeszcze o dwóch autorach XVIII wieku; którymi są Georgi i Ten Rhyne, a w XIX wieku T. E. Hoffmann.

[1]) Prócz tych czterech wysp zdobyta na Chińczykach w roku 1895-tym Formoza i setki małych wysepek stanowią bogate, ludne państwo Mikada. (Przyp. autora).

[2]) Największe miasto na wyspie Nippon, do którego w 1868 roku przeniósł Mikado swą stolicę, przezwawszy ją odtąd Tokio; liczy obecnie przeszło $1^1/_2$ miliona mieszkańców.

Rys historyczny. Na podstawie wyżej przytoczonych dzieł, uzupełniając wzajemnie opisy i spostrzeżenia tych różnych badaczy i posługując się rodzimemi japońskiemi źródłami, jakie oni streszczają, możemy zestawić w krótkości rys historyczny medycyny japońskiej, sięgając wstecz dość daleko, bo do VII-go wieku przed Chr.

Najnowsi historycy medycyny rozróżniają w dziejach medycyny japońskiej cztery następujące okresy: Okres pierwszy, najdawniejszy, mityczny, starojapoński, sięgający od nieznanych nam bliżej początków aż do roku 200 przed Chr. Okres drugi, w którym przeważa we wszystkiem, a więc i w medycynie, wpływ chińskiej kultury, od roku 200 przed Chr., aż do połowy XVI-go stulecia. Okres trzeci, od połowy XVI wieku do połowy XIX wieku, cechujący się napływem europejskiej cywilizacyi i powolnem wypieraniem przez nią dotychczasowej chińskiej. Okres czwarty, najnowszy, w którym medycyna japońska przyjmuje wprost już zasady medycyny europejskiej, zapoznając się w lot z najnowszemi odkryciami i wynalazkami, przyswaja sobie teorye, przyniesione hen z pracowni genialnych uczonych dalekiego Zachodu i rychło staje na poziomie współczesnej wiedzy, aby odtąd dotrzymywać kroku w szybkim pochodzie ku światłu i prawdy wyżynom.

Nigdzie może tak wybitnie, jak w dziejach medycyny japońskiej nie uwydatnia się owa tylekroć dowiedziona prawda, że nauka idzie zawsze w parze z ogólnymi wypadkami historycznymi, że te ostatnie na różne jej wahania, na szybkość lub powolność tempa, jakiem kroczy w poszczególnych lat okresach, epokach i stuleciach, przeważny, wszechwładny wywierają wpływ. Dlatego też nie zrozumielibyśmy wielu rzeczy z dziejów rozwoju medycyny w Japonii, gdyby równocześnie nie oświetliły ich szczegóły ważnych wydarzeń ogólno-dziejowych, które zawdzięczamy już nie badaczom samej tylko historyi sztuki lekarskiej, lecz historykom w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Okres pierwszy. Źródłem, z którego czerpać można wiadomości o najdawniejszych czasach historycznych Japonii, jest księga »*Kojiki*“, co znaczy „notatki o dawnych rzeczach“, obejmująca historyę kraju wstecz aż po rok 660 przed Chr., kiedy to Jimmu Tenno założył dynastyę, panującą aż do najnowszych czasów przez długi szereg stuleci. Czasy z przed VII-go wieku przed Chr. okrywa mgła mityczna, a z niej skąpe tylko wyzierają podania, sprzeczne i bałamutne.

Z okresu tego przechowało się podanie o dwóch bóstwach, które wprowadzić miały na ziemię sztukę leczenia i nauczyć ludzi przyrządzać różne nalewki i napary z roślin, skuteczne w wielu schorzeniach. Jest to więc jakby analogia do greckiego podania o Asklepiosie „brodatym, poważnym, lecz uprzejmym starcu z laską w dłoni, po której wąż się wspina“, jego żonie nazwiskiem Epione („ulgę przynosząca“) i córce Higiei, „młodej mile uśmiechniętej bogini z wężem w ręku, podobizną zdrowia, któremu żer w czarze podaje“. Lecz owe bóstwa japońskie są całkiem realistycznie pojęte w starych podaniach, jeżeli robią nawet sekcye zwłok małpich i różne próby z lekami, przez siebie sporządzonymi, aby wybadać skuteczność ich i wpływ leczniczy na ludzki ustrój. Przypominają więc raczej dzisiejszych uczonych, posługujących się nowoczesną metodą doświadczalną, niż owe bóstwa Hellenów, których moc leczenia owianą była czarem greckiej poezyi i osłonięta nimbem nadprzyrodzonej cudowności.

Późniejsze źródła wspominają, że już wtedy znano wiele gatunków roślin, mających własności lecznicze, że posługiwano się takimi zabiegami, jak przypalanie, nakłuwanie i rodzaj miesienia, które nawet do poziomu osobnych specyalności podniesiono. Że dalej znano opatrunki przy ranach, cztery różne rodzaje tętna w stanach chorobowych, że starano się rozpoznać chorobę przez wypytywanie chorego (wywiady) i obmacywanie bolesnych części ciała; że używano środków moczopędnych i ściągających, a przeciw gorączce stosowano zimne kąpiele, które przetrwały aż do XII wieku po Chr., zastąpione dopiero wtedy wyłącznie ciepłemi kąpielami z obawy, że zimne tylko szkodę ustrojowi żywemu, a więc ciepłemu i potrzebującemu do życia ciepła — przynieść mogą.

Okres drugi. Wraz z dotarciem do Japonii kultury chińskiej przybywa i sztuka lekarska chińska, która wypiera, zmienia i zastępuje pierwotne poglądy coraz bardziej i bardziej. Mostem niejako, po którym stara cywilizacya chińska wtargnęła do Japonii, była już wówczas ta sama Korea, co i dziś po tylu wiekach stała się przyczyną nowego krwawego starcia. Skoro bowiem następcy pierwszego Mikada, wspomnianego już wyżej Jimmu Tenno, ugruntowali dostatecznie podstawy jednolitego państwa, nie omieszkali zwrócić uwagi na zachód, na sąsiedni półwysep koreański, z którego mieszkańcami zwolna wchodzą w stosunki handlowe, zrazu przyjazne, aż dopiero poczuwszy dość siły i widząc płynące stąd korzyści, postanawiają zagarnąć całkowicie kraj ten pod swą władzę Mianowicie Okinaga Tarashi Hime, wdowa po 15-tym Mikadzie, skorzystawszy z pierwszego pozoru do zatargu, o jaki nie trudno przy stosunkach sąsiedzkich, przedsiębierze wyprawę wojenną do Korei, odnosi zwycięstwo i zmusza całą południową część kraju do uznania zwierzchnictwa Japonii i opłacania podatków. Było to zdarzenie doniosłe w swych następstwach. Odtąd otwarły się wrota dla cywilizacyi chińskiej, więc też powoli zaczyna ona przesiąkać kraj cały, wnosząc doń przedewszystkiem pismo chińskie i literaturę. Wkrótce też w całej Japonii zapanowały dwa główne czynniki nowej kultury, t. j. buddyzm i filozofia wraz z nauką chińską. W połowie VI wieku po Chr. panującą religią w Japonii staje się już wszechwładny buddyzm, a urządzenia państwowe, ceremoniał dworski i całe życie narodu kształtuje się na modłę chińską.

Do XII wieku przyswojona Japonii medycyna stoi względnie wysoko, jakkolwiek bezwzględnie biorąc, cała ta chińska sztuka leczenia pozostała i tu i w ojczyźnie swej na bardzo nizkim szczeblu w porównaniu z medycyną innych narodów. Przyczyną było to odosobnienie się Chińczyków i odgrodzenie od wpływów obcych prawdziwie niedostępnym murem, i dlatego chociaż kultura ich sięga bardzo dawnych czasów, chociaż oni pierwsi wynaleźli pismo i uprawiali nauki w czasach, kiedy o czemś podobnem ludy Europy jeszcze pojęcia nie miały, to dzięki temu zamknięciu się w sobie cała ich cywilizacya pozostała na pierwotnym poziomie i dała się prześcignąć innym, choć o wiele młodszym od siebie.

Podobnie rzecz się ma i z medycyną chińską, przeniesioną na grunt japoński. Początki sztuki lekarskiej w Chinach sięgają jeszcze roku 2737 przed Chr., kiedy to cesarz Shin-Nung miał na podstawie własnych doświadczeń napisać dzieło o roślinach leczniczych, a pierwsze zasady sztuki lekarskiej, zebrane też w owej epoce przez innego znów cesarza Hwang-Tè, ogłoszone zostały w księdze, zatytułowanej: »*Nai-kigo*«.

W III też wieku przed Chrystusem posiadają już Chińczycy systematyczny podręcznik terapii i wykonywania praktyki lekarskiej, napisany przez Cho-Chiu-Kei, który uchodzi za Hipokratesa chińskiego. Podręcznik podzielony jest na dwie księgi, z tych jedna nosi tytuł »*Shokanron*« (nauka o chorobach gorączkowych), druga »*Kinki*« (dosłownie: złota skrzynka), zawierająca opisy chorób niegorączkowych. W tej ostatniej znachodzimy już nawet ślad systematycznego podziału chorób, jest tam bowiem mowa oddzielnie o chorobach płuc, serca, nerek, śledziony i t. d.

Otóż zasady lekarskie, zawarte w powyższych księgach, przejęli od Chińczyków Japończycy, wraz z całym szeregiem guseł i przesądów. Według nich wszystkie choroby gorączkowe powstają przez wtargnięcie materyi trującej, a siła gorączki zależy po części od siły tej trucizny, po części od tego, jaką drogą dostała się ona do ustroju. Leczenie polega na podawaniu wewnętrznie odpowiedniej odtrutki. Lekarstw używa się przeważnie roślinnych, wśród których wielką gra rolę lek »*Nindjin*» z korzenia rośliny *Panax Ginseng*, który podawano każdemu umierającemu, jako ostatni cudowny środek, mogący jeszcze życie przedłużyć. Jest to roślina, rosnąca w Indyach wschodnich, Chinach i Japonii, dawniej w XVII wieku sprowadzana z Chin do Europy i używana tutaj też jako lekarstwo, mające leczyć prawie wszystkie choroby, później jednak uznana za środek zupełnie obojętny i z handlu wycofana. Nieposlednią też rolę w leczeniu odgrywa cały szereg zabobonów, zamawiań i przeróżnych mistycznych rękoczynów tak przy sporządzaniu, jak i podawaniu leków. Wiele chorób bowiem powstaje pod działaniem duchów lub złych wiatrów, więc też i ordynacye leków muszą być bardzo skomplikowane, a zachowanie różnych guseł przy tem niezbędne i surowo przykazane, jeżeli skutek ma być osiągnięty. Podstawą chińskiego sposobu rozpoznawania chorób jest bardzo długie i drobiazgowe badanie tętna, połączone z dużą dawką szarlataneryi. Całe ustępy w księgach lekarskich poświęcone są opisom różnych rodzajów tętna, ich ugrupowaniu w klasy i odmiany, a długie rozdziały przepisują, w którem miejscu ciała i jak należy badać tętno przy różnych chorobach.

Za przykładem Chińczyków panuje powszechna obawa przed krwotokami; często są w użyciu bańki suche i kąpiele; położnictwo uprawiać mogą tylko kobiety, czerpiące swe wiadomości z osobnych ksiąg, w których więcej zabobonnych praktyk, niż istotnych przepisów lekarskich. Późniejszy badacz Japonii Ten Rhyne opisuje, że wielkie zastosowanie miało w tym okresie przypalanie, którem posługują się bardzo chętnie w wielu chorobach. W tym celu sporządzone były osobne tablice, przedstawiające dokładnie te okolice ciała, w których wolno i należy przypalać. W zapaleniach, połączonych z wysiękami, używają nakłucia. Wykonują to złotemi lub srebrnemi igłami, które wbijają w skórę, pozostawiając je tam przez 30 oddechów. Inny znów badacz Georgi opisuje, że barwę czer-

woną uważają za bardzo korzystną w wielu chorobach skórnych (prototyp metody Finsena), dlatego też bardzo często wyklejają pokój chorego czerwonemi tapetami. W przypadkach, gdy zwykłe środki lecznicze zawodzą, udają się chorzy do znachorów, zwanych *Jammabos*. Ci znów leczą w ten sposób, że opisawszy dokładnie objawy chorobowe, kładą opisy te przed posążkami bożków, a następnie, zrobiwszy z papieru tego pigułki, każą choremu połykać.

Pojęcie o budowie ciała ludzkiego, przyjęte też od Chińczyków, polega na odwiecznych chińskich podaniach, gdyż przesąd nie pozwala na sekcye zwłok ludzkich. I tutaj pełno bałamutnych, pomieszanych zapatrywań, podobnie jak w fizyologii. Ciało składają dwa pierwiastki życiodajne: ciepło i wilgoć, które mają siedzibę we krwi i różnych narządach wewnętrznych. Z połączenia ich powstaje życie, z rozdzielenia śmierć. Siedzibą wilgoci jest serce, wątroba, nerki i płuca; ciepło umiejscowiono w żołądku, jelitach i częściach rodnych. Krążenie zaczyna się w płucach, a kończy w wątrobie, potrzebując do obiegu całego ciała 24 godzin.

Z tem wszystkim medycyna japońska w okresie tym rozwija się i postępuje ciągle. Około roku 700 po Chr. spotykamy już nawet zakonnice Buddy, które zajmują się praktyką lekarską i nauczaniem medycyny. W roku 809 po Chr. wychodzi pierwsze dzieło lekarskie pod tytułem: *Dai-do-rui-shu-ho*, wkrótce w tym samym wieku IX po Chr. zostaje założony pierwszy szpital publiczny. Z wiekiem dopiero XII po Chr. wypadki historyczne, sprowadzające długotrwałe zamieszki i wojny wewnętrzne, przyprawiają i sztukę lekarską o zupełny prawie upadek, z którego dźwignąć się ma dopiero po 500 latach, gdy po okresie wojen domowych i zaburzeń politycznych przyszło do trwalszego spokoju i dokonał się nowy zwrot w dziejach kraju z pamiętnym dla cywilizacyi Japonii rokiem 1600 po Chr.

Okres trzeci. Pod wpływem chińskich zwyczajów i urządzeń politycznych, a głównie ceremoniału dworskiego popadli zwolna władcy Japonii w zniewieściałość, rządy kraju i dowództwo nad wojskiem zaczynają wymykać się im z rąk i przechodzić w ręce protegowanych ulubieńców, przyczyniając się coraz więcej do wzrostu potęgi poszczególnych możnych rodów, które dążą wytrwale do zagarnięcia całej świeckiej władzy dla siebie. Po okresie czystej wiary w Buddę nastaje okres przeróżnych sekt, zwyrodnienia i upadku moralnego kleru, a wszystko to wraz z niepowściągliwą ambicyą coraz potężniejących panów feudalnych sprowadza długo trwające zamieszki wewnętrzne i niszczące wojny domowe, zakończone dopiero w roku 1600 po Chr. bitwą pod Sekigahara. Bitwa ta stanowi punkt zwrotny w historyi Japonii, położyła bowiem kres wojnom wewnętrznym i ugruntowała władzę możnego rodu Tokugawa, który odtąd dzierży ją niepodzielnie przez dwa przeszło wieki, bo aż do roku 1868. Cała władza świecka skupia się teraz w ręku *shogunów* (skrócenie wyrazu sei-i-tai-shogun, czyli wielki generał) z tego rodu, a Mikado, o którego boskiem pochodzeniu wiarę starannie podtrzymują, schodzi do rzędu figuranta pod pozorem, że nie przystoi mu zajmować się sprawami doczesnemi.

Wśród tego w roku 1549 po odkryciu kraju przez portugalskiego podróżnika Mendeza Pinto napływają do Japonii jezuici i krzewią gorliwie chrześcijaństwo, które między ludnością, zniechęconą do dawnej wiary szybko zapuszcza korzenie, jeżeli już w 1581 roku liczba chrześcijan dochodzi do 150.000, a liczba nowych kościołów do dwustu.

Wraz z chrześcijaństwem przybywa też kultura europejska, a z nią nowe zupełnie zasady europejskiej medycyny, która przez długi jeszcze czas zmaga się z przestarzałą dziwaczną medycyną chińską, aby ją w końcu, pokonawszy zupełnie, wyrugować.

Już w XVII wieku wyróżniają się nazwiska głośnych ówczesnych lekarzy, jak: Manase Shokei, który pierwszy zaczyna badać mocz, dalej Tamba i Nagata Tokuhon, mający opinię genialnego lekarza, zwolennik sił przyrody, jako czynników leczniczych, który próbuje leczyć niektóre choroby nerwowe wpływem psychicznym.

Z końcem XVIII wieku medycyna japońska robi nowy i to znaczny krok naprzód, gdyż lekarz Sugita Genpaku reformuje z gruntu naukę anatomii, wykazawszy na pierwszych sekcyonowanych zwłokach ludzkich całą niedorzeczność dotychczasowych chińskich poglądów. Oczywiście wszystkie te zwroty ku nowożytnym pojęciom dokonują się pod wpływem przywiezionych z Europy książek medycznych. Za czasów pobytu w Japonii Thunberga (koniec XVIII w.) mieli już lekarze tamtejsi w tłómaczeniu kilka dzieł przyrodniczych europejskich, jak: Historya naturalna Johnstona, „Herbarz“ Dodaensa i »*le Trésor*« de Woyta, a wspomniany dopiero co Sugita Genpaku wydał właśnie przetłómaczoną z holenderskiego książkę pod tytułem: »*Kai tai-shiu-sho*«, co znaczy: „nowe dzieło o anatomii“.

Nie można jednak jeszcze europejskiej cywilizacyi uważać za utrwaloną w tym okresie, bo już w 1617 roku rozpoczyna się gwałtowne prześladowanie chrześcian i wypieranie przybyszów zamorskich z całego kraju, w czem rej wodzą właśnie shogunowie z rodu Tokugawa i co trwa z małemi przerwami aż do upadku ich władzy, t. j. do połowy XIX wieku.

Okres czwarty. Nowa epoka nastała z chwilą wylądowania w Japonii wyprawy północno-amerykańskiej pod wodzą Perrego w 1854 roku. Następstwem tego zdarzenia było obalenie władzy shogunów i całego systemu feudalnego, uzyskanie tolerancyi religijnej i otwarcie na nowo Japonii dla europejskich przybyszów. Gdy bowiem Perryemu udało się olśnić Japończyków potęgą eskadry, podbić ich moralnie pełnem taktu postępowaniem, zaciekawić i pociągnąć wynalazkami takimi, jak kolej i telegraf, i otworzyć wreszcie dla handlu amerykańskiego porty główniejsze, reszta państw, głównie zaś Anglicy, Francya i Holandya, poszła szybko za jego przykładem. Z upadkiem shogunatu powrócił Mikado do pełni swej władzy, a widząc korzyści, jakie stosunki z nowymi przybyszami niosą, nietylko nie robi im trudności, lecz nawet zaczyna sprowadzać do kraju obcych uczonych, powierza im przeobrażenie armii, floty i całego sposobu nauczania.

Oczywiście, że zwrot ten odbija się jak najkorzystniej na medycynie, bo szereg lekarzy europejskich podąża do Japonii, aby znaleść tam nietylko dobrą praktykę, lecz nauczać i szerzyć najnowsze zdobycze swej wiedzy. Najpierw przybywają lekarze holendersey w 1857 roku, którzy obejmują naukę medycyny w szkole lekarskiej w Nagasaki.

Największy jednak wpływ na medycynę japońską wywarł wcześniej jeszcze, bo w pierwszej ćwierci XIX wieku, znakomity lekarz i podróżnik Filip Franciszek Siebold, a jak wiele pod tym względem zawdzięcza mu ten kraj, dowodzi obchodzona 17 lutego 1894 roku w Tokio uroczyście setna rocznica jego urodzin.

W 1870 roku powstaje pierwszy uniwersytet (*Dai-gaku*) w Tokio, który wkrótce już liczy do 2000 słuchaczów, z tych przeważna większość studyuje medycynę, a studyuje ją zupełnie już na sposób europejski, bo szkoła medyczna przyjęła kierunek niemiecki i nawet wykłady odbywają się w języku niemieckim.

Obecnie ruch naukowy lekarski jest w Japonii w pełnym rozkwicie; młodzież kształci się na lekarzy w dwóch uniwersytetach i pięciu szkołach lekarskich, lub wyjeżdża do Europy, skąd przywozi najświeższe zdobycze współczesnej nauki. W Kioto istnieje Towarzystwo lekarskie, posiadające filie w całym kraju. Celem jego jest, obok czysto naukowego, także popieranie spraw zawodowych i obrona interesów stanu lekarskiego, a zarazem wspieranie władz w urządzeniach higienicznych i reformach lekarskich. Towarzystwo to odbywa dwa razy w miesiąc posiedzenia naukowe, posiada własny dom i bogatą bibliotekę dzieł lekarskich, a dla młodych lekarzy urządza systematyczne kursa z wykładami i ćwiczeniami praktycznemi. Nawet wojskowa służba zdrowia, urządzona wzorowo, spełnia, jak dowodzi tocząca się obecnie wojna, zadanie swoje bez zarzutu i z pewnością lepiej o wiele, niż w niejednej armii europejskiej.

W stosunkowo więc krótkim czasie zdołał ten dzielny lud, zetknąwszy się z nauką europejską, przyswoić sobie wszystkie jej najnowsze zdobycze, wyrównać tylowiekowe zacofanie, a może nawet kiedyś przewyższy swych mistrzów, co jednak już należy do niedającej się przewidzieć przyszłości.

V. Wyciągi.

K. Boulweffer. **O patologicznych przywidzeniach.** (*Pathol. Einfall*). **Przyczynek do syptomatologii stanów zwyrodnienia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39, 1903). Już Griesinger opisał pod nazwą *delirium primordiale* powstawanie wyobrażeń, które nie pozostają w związku z resztą pierwiastków psychicznych danego osobnika i nie łącząc się z łańcuchem kojarzeń, jako coś obcego, zewnętrznego, weń się wciskają. Co innego jednak opisał Neisser jako „przywidzenie patologiczne“. Zauważył on, iż u indywiduów zwyrodniałych stosunkowo znaczna część psychicznych czynności odbywa się poniżej kresu świadomości tak, iż pojęcia i uczucia u nich nie tworzą ściśle powiązanego łańcucha i że w ten sposób częstokroć ostateczne wyniki nawet długich i zawikłanych procesów psychicznych wystąpić mogą jako coś napozór zupełnie gotowego i obcego, co z zewnątrz się narzuciło. Jednak, podczas gdy zjawisko, zaobserwowane przez Griesingera, występuje w przebiegu chorób umysłowych ciężkich, w ostrym przebiegu, wśród

objawów ruchowych, to przywidzenia patologiczne w znaczeniu Neissera zdarzają się u ludzi skądinąd zupełnie prawidłowych, mogących zresztą podołać zadaniom psychicznym codziennego życia. Podane jednak przez Neissera określenie wydaje się B. za obszerne, nawet tworzenie artystyczne, intuicyjne, możnaby do pewnego stopnia pod nie podciągnąć: to też autor usiluje na podstawie całego szeregu bardzo zajmujących przykładów klinicznych zacieśnić granice pojęcia tego i w ten sposób uzyskać czysto patologiczne pojęcie. Według niego przywidzenie patologiczne jest szeregiem pojęć, który, powstawszy bez związku z innemi pojęciami, lub przynajmniej bez uświadomionego związku, wywołuje uczucie prawdziwości tych pojęć, tworzy silny bodziec do działania w ich myśl i sprowadza zmianę świadomości osobowej. Przytem przywidzenia takie nie stoją w związku z żadną nieprawidłowością w zakresie uczuć, a występują u osobników, których świadomość zresztą nie uległa żadnemu innemu obłędowi. Występują one u ludzi z obciążeniem dziedzicznem, którzy już od dzieciństwa okazywali pewne zboczenia, jak brak stałości i skłonność do mglistych marzeń; często również daje się u nich spostrzedz pewna łatwość, ale i powierzchowność pojmowania i wyrażania się, co się może objawiać w żywości fantazyi i w zdolnościach krasomówczych. Sfera uczuć nie przedstawia typowych zboczeń, natomiast pojęcia etyczne i obyczajności są słabo rozwinięte: często występują te przywidzenia u oszustów, rycerzy szczęścia, wyzyskiwaczy małżeństw i t. p.; to też Delbrück zwrócił uwagę, iż wymysły więźniów, do tej kategoryi należących, częstokroć uważać należy raczej za kłamstwo patologiczne, niż za udawanie, czego dowodzi z jednej strony to, iż kłamstwa te nagle bez związku z poprzedniem życiem psychicznem występują, z drugiej strony okoliczność, że tym ludziom brakuje często zupełnie podmiotowego uczucia, iż to, co podaje, prawdą nie jest. Wiara jednak w prawdziwość tych przywidzeń nie zawsze jest bezwzględnie silną i często wystarczy stanowcze i bezwzględne wystąpienie, aby ją zniszczyć, a przynajmniej osłabić. Współcześnie z wiarą w prawdziwość przywidzeń świadomość rzeczywistości nie zawsze musi zupełnie zaniknąć tak, iż powstać może pomieszanie pojęć rzeczywistych i urojonych, i raz jedne, raz drugie z nich świadomość opanowują. Na podstawie tych przywidzeń przychodzi do zmian świadomości osobowej i to w ten sposób, iż zależnie od stanowiska społecznego zdaje się choremu, iż jest tem, czemby być najbardziej pragnął, iż osiągnął to, o czem oddawna marzył i t d. Przywidzenie takie może być tak silne, iż wspomnienia ulegają sfałszowaniu: nazwisko, miejsce urodzenia, bieg dotychczasowego życia zostają zastosowane do treści przywidzeń. Wprawdzie i w „paranoia" zdarzają się podobne sfałszowania wspomnień: wtedy jednak świadomość rzeczywistej przeszłości tylko zwolna ustępuje miejsca fałszywym wspomnieniom w miarę tworzenia się systemu urojeń i w miarę, jak on siły nabiera; tutaj przeciwnie: równie nagle jak przywidzenie, pojawia się sfałszowanie wspomnień. W „paranoia" chory się kryje z przywidzeniami swemi i zastosowanemi do nich fałszywemi wspomnieniami; tutaj jedne i drugie w całej rozciągłości podaje. Wspomnienia jednak rzeczy, nie odnoszących się do osoby chorego, zarówno jak zdolność zapamiętywania wrażeń nowych, zmianie nie ulega. Wreszcie niezbyt rzadko występuje u tych chorych objaw Gemsera, t. j. dawanie świadomie bezsensowych odpowiedzi nawet na najprostsze pytania. *Dr. Rydel.*

Rosenstein. **Doświadczenia kliniczne nad dekapsulacyą nerki w chorobie Brighta.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 29, 1904). Czas obserwacyi w sześciu przypadkach, operowanych metodą Edebohlsa, trwał 5—15 miesięcy po operacyi. U jednego chorego choroba robiła postępy mimo zabiegu operacyjnego; w dwóch przypadkach pozostał on bez wpływu na polepszenie, w dwóch wystąpiło polepszenie, ale tylko w pewnym kierunku (ustąpienie obrzęków i bólów głowy), jeden chory umarł. Różnicę w wynikach w przypadkach Edebohlsa tłómaczy autor w ten sposób, że chorzy Edebohlsa, wyleczeni dekapsulacyą, nie cierpieli na właściwą chorobę Brighta, tylko na sprawy zapalne, powodowane nieprawidłową ruchomością nerek. Autor dochodzi do następującego wniosku: 1. Dekapsulacya nerek jest w ciężkiej chorobie Brighta zabiegiem niebezpiecznym, czego dowodem jest śmiertelność po operacyach 26%. 2. Trwałego wyleczenia nie osiągnięto w żadnym przypadku prawdziwej choroby Brighta. 3. Polepszenie osiągnięto: przedmiotowo ustąpiły w jednym przypadku lekko występujące obrzęki, a nie było polepszenia postępującego w białkomoczu i wydzielaniu się wałeczków. Podmiotowo ustąpiły w innym przypadku bole głowy i latanie płatków przed oczyma, które istniało przed operacyą. Próby te są zdaniem autora nie bardzo zachęcające do stosowania tej metody. *B. Żmigród.*

Broese. **O ropieniu sztucznem według metody Fochiera w sprawach ropniczych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Wychodząc z zapatrywania, że przypadki ropnicy, w których występuje miejscowe ropienie, kończą się lepiej, aniżeli bez ropienia, radził Fochier w roku 1891 wywołać sztuczne ropienie w tych przypadkach, w których samoistnego ropienia niema. W tym celu wstrzykuje się terpentynę w mięśnie. Z autorów, którzy po nim środka tego próbowali, między innymi Święcicki i Świtalski, jedni mieli wyniki dodatnie, inni zaś ujemne. Wobec tych wyników chwiejnych, zastosował Broese środek ten u chorej na ropnicę; 25-letnia chora nabawiła się tej choroby po wydobyciu resztek popłodu po poronieniu. Gdy przez cztery tygodnie gorączka dochodziła codziennie do 40°, chora podupadła znacznie na siłach, a żadne inne środki nie pomagały, zdecydował się B. na wywołanie sztucznego ropienia. Wstrzyknął więc w mięśnie łydkowe 5 grm. *ol. terebinth. rectificatiss.* i po pięciu dniach po wytworzeniu się ropnia z wybitnem chełbotaniem naciął go, przyczem wylało się dużo ropy, zupełnie jałowej. Już na trzeci dzień po wstrzyknięciu gorączka zmniejszyła się tak, że po dziesięciu dniach stan był zupełnie bezgorączkowy. Ropa wydzielała się jeszcze długi czas po wstrzyknięciu; stan ogólny jednak poprawiał się z dnia na dzień tak, że chora mogła wkrótce opuścić klinikę. B. podnosi, że wstrzykiwał 5 grm. olejku terpentynowego, podczas gdy dotychczas wstrzykiwano tylko dwa gramy i przypuszcza, że może wskutek właśnie tak wydatnego ropienia polepszenie tak szybko nastąpiło; nie kusi się jednak o wytłómaczenie tego zjawiska. W piśmiennictwie istnieją trzy wyjaśnienia, żadne jednak nie wytrzymuje krytyki. Sam Fochier przypuszczał, że przez sztuczne ropienie spędzamy niejako drobnoustroje do ropy i wydalamy je z ustroju, ale Dieulafoy już wykazał, że ropa taka jest jałowa. I hiperleukocytoza, wywołana tem sztucznem ropieniem, nie wystarcza do wyjaśnienia, gdyż Chantemesse nie znalazł wcale hiperleukocytozy przy sztucznie wywołanem ropieniu. Trzecia teorya Mercandina dopatruje przyczyny w powstawaniu antytoksyn w ognisku ropnem, które pomagają w walce z drobnoustrojami. W każdym razie zjawisko to jest ciekawe i zasługuje na dalsze badania. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

Leszczyński. **Kliniczna metoda różniczkowa barwienia gonokoków.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis* LXXI, Heft 2. und 3., 1904). Jest to praca z kliniki lwowskiej profesora Lukasiewicza. Sposób Leszczyńskiego polega na barwieniu tioniną i kwasem pikrynowym. Dla otrzymania jasnych obrazów należy materyał bardzo cienko rozetrzeć na szkiełkach nakrywkowych. Dla osiągnięcia tego ważnego warunku najlepiej jest zapomocą pętli platynowej przenieść kroplę wody na szkiełko, potem kroplę ropę ropy w niej rozcieńczyć i rozetrzeć, a następnie osuszyć i zwyczajnym sposobem ustalić nad płomieniem. Dalsze postępowanie jest następujące: przez 60 sekund barwi się 10-procentowym rozczynem wysyconym wodnym tioniny z dodatkiem 2% kwasu karbolowego rozpuszczonego, a następnie po opłokaniu we wodzie dostają się preparaty na 60 sekund do rozczynu, zawierającego wysycony wodny kwas pikrynowy i ług (1: 1000) w równych częściach. W końcu wkłada się preparaty na 5 sekund do bezwzględnego wyskoku i spłókuje wodą, suszy i utrwala w balsamie kanadyjskim. Nie udają się tylko preparaty, pochodzące z rozłożonej już ropy lub starego osadu moczowego. Pod mikroskopem widzimy na żółtem tle ciałka ropne o słomiasto- lub cytrynowo-żółtej protoplazmie, jądra ich czerwono-fioletowe miernej intenzywności. Protoplazma przybłonków jasno-żółta, a jądra ich nieco jaśniej zabarwione, niż jądra leukocytów. Na tem żółtem tle odbijają dwoinki Neisserowskie silnie plastycznie i są czarne w przeciwieństwie do innych bakteryi, które są odbarwione żółtawo-czerwone, różowawo-czerwone, lub czerwone. Metoda ta nie dostarcza wprawdzie bezwzględnego odbarwienia innych drobnoustrojów, lecz przedstawia wybitne, różniczkowo ważne odcienie barwne. *Dr. M. Blassberg.*

Korff. **Dalsze doświadczenia nad uśpieniem skopolaminowo-morfinowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 33). Na mocy swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że uśpienie skopolominowo-morfinowe nie zagraża przy uważnem dawkowaniu żadnem niebezpieczeństwem, ani dla serca, ani też dla płuc. Dla lekarza praktycznego ma ten rodzaj znieczulania jeszcze tę zaletę, że nie potrzeba asystenta do usypiania. Do dobrych stron tej metody należy brak skłonności do wymiotów i możność podawania na krótki czas przed operacyą, jakoteż i po obudzeniu się z uśpienia ciepłych płynów odżywczych. Dawkowanie jest następujące: wstrzykuje się 0,01 skopolaminy, 0,025 morfiny w dawkach podzielonych i w pewnych odstępach czasu, mianowicie $^1/_3$ dawki całej $2^1/_2$ godz. przed operacyą, drugą $1^1/_2$ godz., a trzecią $^1/_2$ godz. przed operacyą. U osobników słabo oddziaływujących wzmacnia się znieczulenie dawką dodatkową 0,0002—0,0003 skopolaminy i 0,005—0,01 morfiny, albo chloroformem lub eterem. Wyższych dawek autor nie radzi stosować. *B. Żmigród*

Dehérain. **Nierówność źrenic w chorobach płuc i opłucnej.** (*Presse méd.* Nr. 79, 1904). Nierówność źrenic spostrzegano przeważnie w chorobach nerwowych lub przy nowotworach śródpiersia; dopiero w nowszych czasach zwrócono uwagę na pojawianie się tego objawu w przebiegu zapalenia płuc, rozedmy powikłanej przewlekłem zapaleniem oskrzeli i gruźlicy płuc. W 120 przypadkach gruźlicy płuc, które co najmniej przez miesiąc znajdowały się pod nadzorem lekarskim, spostrzegał autor 26 razy nierówność źrenic. Objaw ten utrzymuje się u suchotników dość długo, może trwać kilka miesięcy z rzędu, ustąpić na czas jakiś i wrócić wraz z pogorszeniem ogólnej sprawy chorobowej. Z istnienia tego objawu chorzy nie zdają sobie sprawy, gdyż nie wywołuje on żadnego zaburzenia w czynnościach oka. Nierówność źrenic spostrzegał autor także w kilku przypadkach zapalenia opłucnej na tle gruźliczem. Dla wytłómaczenia powstawania tego objawu przyjmuje autor ten sam czynnik, jaki ma miejsce przy nowotworach śródpiersia. Autor przypuszcza więc, że jakiś obrzękły gruczoł limfatyczny w stanie zapalnym uciskać musi jedną z gałęzi nerwu spółczulnego. Sekcye, dokonane na trzech suchotnikach, u których za życia stwierdzono nierówność źrenic, wykazały liczne powiększone gruczoły chłonne w najbliższem sąsiedztwie nerwu spółczulnego. *W. Reis.*

König. **Kamienie żółciowe i ich leczenie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 33). Autor omawia metodę, według której leczy się w jego klinice pojedyncze postacie zapalenia woreczka żółciowego i kamicy żółciowej. Operacyą typową jest otwarcie woreczka żółciowego i wypróżnienie go z treści. Woreczek pozostawia się otwartym, przez co wytwarza się przetoka żółciowa, która później zarasta, albo się ją zamyka operacyjnie. Przy małym woreczku i powłokach obfitujących w tłuszcz, zszywa się brzegi woreczka z otrzewną i mięśniami brzusznymi; wielkie zaś i ruchome woreczki żółciowe wyciąga się przed ranę brzuszną i szwami łączy się ze skórą. W razie wystąpienia zrostów, zaciągnienia i skurczenia się woreczka żółciowego należy uciec się do zupełnego wycięcia woreczka. *B. Żmigród.*

Fr. Pfannkuch. **Przyczynek do nauki o ostrej białaczce.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 39). Autor opisuje nader rzadki przypadek ostrej białaczki u osobnika 23-letniego, który się zakończył zejściem śmiertelnem. Uwagi godnym był wynik badania krwi, które wykazało z jednej strony cechy ostrej białaczki limfatycznej, mianowicie wzmożenie się limfocytów; z drugiej zaś strony znaczny odsetek myelocytów i ciałek wielojądrzastych neutrofilnych odpowiadały przewlekłej białaczce myelogenowej. Stąd wniosek, że albo białaczka myelogenowa przewlekła zakończyła się ostrą limfemią, lub że chodziło tu o nową postać ostrej białaczki pierwotnej o odsetkowym składzie mieszanym ciałek białych. Nadto znajdowały się we krwi liczne, dotąd nie opisane przemiany zwyrodniałych dużych limfocytów. *Dr. Blassberg.*

Prof. Riedel. **Usunięcie moczanów i torebki stawowej ze stawu palucha, zajętego dną.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 35), Dwa razy, oba przez pomyłkę, wyciął R. całą torebkę stawową, inkrustowaną solami kwasu moczowego i w obu przypadkach osiągnął wyleczenie (t. j. usunięcie napadów bolów podagrycznych) z zachowaniem całkowitej sprawności palucha. W pierwszym przypadku chodziło o mężczyznę 45 l., u którego pierwszy gwałtowny napad dny z ciepłotą, dochodzącą do 39° C., wystąpił po przemęczeniu nogi. R. rozpoznawał ropówkę torebki śluzowej i stawu między I-szą kością śródstopia, a I-szym członkiem palucha, ustawionego w pozycyi koślawej (*h. valgus*). Drugie spostrzeżenie dotyczyło 70-letniej kobiety, u której objawy zapalne miały charakter bardziej przewlekły — bez podniesienia ciepłoty. *Herman.*

Doberauer. **Leczenie ciężkich powikłanych złamań rozłożeniem i przemieszczeniem odłamków.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30, 1904). Sposób autora polega na rozłożeniu odłamków i wydobyciu ich z rany. Przez to staje się rana w zupełności dla oka dostępną, wszystkie zaułki i przestrzenie martwe stają się widoczne, a wydzielina z rany ma bardzo dobry odpływ. Ujemną stroną tego postępowania jest to, że obnaża się końce kości złamanej, a obnażone kości ulegają o wiele łatwiej obumarciu, a także jeszcze i to, że po ponownem złożeniu może nie nastąpić kostne połączenie obu odłamków. Sposób ten jednak daje tak dobrą rękojmię uchylenia niebezpieczeństwa zakażenia, że strony ujemne tego postępowania stają się w porównaniu z tem, co się zyskuje, problematyczne. Leczenie to nadaje się szczególniej dla najcięższych złamań. *B. Żmigród.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Loeb. **O leczniczej wartości pyrenolu.** Autor próbował działania pyrenolu, (który jest związkiem estru będzwinowotymolowego z kwasem benzoylosalicylowym), na materyale klinicznym oddziału prof. Ewalda i stwierdził, że lek ten działa wykrztuśnie, a zarazem zmniejsza wydzielinę błony śluzowej i obniża ciepłotę ciała.

Zachęcające do dalszych prób wyniki uzyskał autor: 1) w dychawicy oskrzelowej, w której pyrenol działał leczniczo i zapobiegawczo; 2) w grypie, w której łagodził bole; 3) w krztuścu, w którym zmniejszały się objawy nieżytu oskrzelowego; 4) w rozmaitych postaciach nieżytu oskrzeli (ostrego i przewlekłego), także i w nieżycie gnilnym, w którym według Leydena lek ten jest jednym z najskuteczniejszych; 5) w niepowikłanem zapaleniu opłucnej; 6) w zapaleniu płuc włóknikowem i świeżo powstałem nieżytowem; wreszcie 7) u suchotników, u których działanie wykrztuśne pyrenolu wpływało podmiotowo tak dobrze, że chorzy sami się o lek dopominali. Szczególnie nadaje się pyrenol w tych przypadkach gruźlicy płuc, w których męczy chorych suchy kaszel. Autor podaje, że nie zauważył żadnego szkodliwego wpływu pyrenolu na krążenie, na żołądek, ani na nerki i zaleca stosować pyrenol we wszystkich wymienionych wyżej chorobach.

Dorosłym najlepiej podawać pyrenol w postaci kołaczyków, 3—6 razy dnia po jednym; dzieciom podaje się roztwór pyrenolu 2—3—4: 80 z dodatkiem syropu malinowego, co dwie godziny łyżeczkę. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 41). *Hz.*

Feilchenfeld. **Maść Credégo w okulistyce.** (*Therap. Monatshefte* 1904, Nr. 9). Używając maści Credégo od dłuższego czasu, poleca ją autor przedewszystkiem jako lek przeciwzapalny i przyspieszający wessanie. W ropieniu woreczka łzowego, ropniach powieki i jęczmykach przyspieszała maść Credégo ograniczenie się sprawy i przebieg zapalenia skracała, a wcześnie zastosowana działała nawet poronnie. W zapaleniu brzegu powiekowego zastępuje maść Credégo doskonale maść precypitatową żółtą, co szczególnie jest wygodne u chorych, mających idyosynkrazyę do rtęci. Maść Credégo przyspieszała też wyleczenie wszelkich zapaleń spojówki, przewlekłych i ostrych, nie wyłączając zapalenia ropnego i krupowego. Powierzchowne zapalenie rogówki na tle zołzów przebiegało pod działaniem tej maści szybciej, niż zwykle i kończyło się pomyślnie bez pozostawienia blizn. W zapaleniu miąższowem rogówki i jej plamach działała maść wyjaśniająco, wzmagając wessanie. Szczególnie dobry wynik otrzymywał autor w przypadkach wrzodów rogówkowych, połączonych z *hypopyon*, które znikało po dobie cogodzinnego stosowania maści. Przeciwwskazaną jest zaś, zdaniem autora, maść Credégo w zapaleniu pryszczykowem rogówki i w świeżem jej zapaleniu miąższowem. W ciężkich przypadkach stosuje się maść czystą, w lżejszych pół na pół z waseliną, rezorbiną i t. d., kilka razy dziennie na pałeczce szklanej na spojówkę. *Ah.*

Cytrynian sodowy w przypadkach niestrawności u osesków sztucznie karmionych. Wychodząc z zasady, że można zwolnić szybkość krzepnięcia mleka w żołądku przez domieszkę pewnych soli, już przed 10 laty Wright posługiwał się w tym celu cytrynianem sodowym, a od roku Poynton systematycznie używa go w jednym z londyńskich szpitali dziecięcych. Dodaje on mianowicie po 4 gramy $1^{1}/_{2}\%$ wodnego roztworu wspomnianego przetworu na 2 łyżki stołowe mleka; jest to przeciętna dawka, zupełnie nieszkodliwa nawet dla dzieci czterotygodniowych. Dawki dziennej z góry oznaczać nie można; zależy ona od wieku i stanu zdrowia dziecka. Poynton radzi z początku wypróbować raczej silniejsze roztwory, aniżeli słabsze, przyznając zresztą, że skutku pomyślnego doczekać się można li tylko przy lżejszych zaburzeniach przewodu pokarmowego, jak to miało miejsce podczas jego 50 spostrzeżeń. Variot w Paryżu niemniej wychwala powyższy środek leczniczy i zapobiegawczy w przypadkach biegunki, wymiotów i t. p. u osesków, karmionych flaszką; posługuje się nim w podobny sposób jak Poynton, dodając na każdą flaszeczkę mleka łyżkę stołową $1^{1}/_{2}\%$ roztworu cytrynianu sodowego. (*Semaine medicale* Nr. 42). *Dr. Korm.*

Kseroformem wyleczył Beck (*Gyemekorvos* 25, VI. 1903) szybko wyprysk na twarzy u dzieci, zapisując: Rp. *Xeroform 2·0, Zinc. oxyd., Talc. venet. aa 4·0, Lanolin. Vaselin aa 5·0, M.f. pasta.* — Prof. Küttner (*Zeitschr. für ärztl. Fortbildung*, 1904, Nr. 7) zaleca maść kseroformową Brunsa (Rp. *Xeroform. 10·0, Bol. alb. 45·0, Muc. gum. arab. 20·0, Glycerin 25·0*) do zaopatrywania wlotu i wylotu niezakażonych ran postrzałowych. *Ah.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 listopada 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler.

Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Radca Dworu Prof. L. Rydygier mówi „O swoim drugim sposobie wycinania odźwiernika.“ (Rzecz ogłoszona w Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“).

W *dyskusyi* przemawiają kol. kol.: Wehr, G. Ziembicki i Beck, interpelując prelegenta co do rozmaitych szczegółów techniki operacyjnej, a kol. Kučera przypomina, że niekiedy guzy odźwiernika, przedstawiające się jako nie nadające do operacyi nowotwory złośliwe, po całkowitem wykluczeniu żołądka z czynności (n. p. po jejunostomii) znikają prawie bez śladu, były bowiem wytworem tylko procesu zapalnego. Kończąc przytacza odpowiednie spostrzeżenie z kliniki ś. p. prof. Maydla.

III. Wykład kol. Dr. W. Ziembickiego: *„O węgorku jelitowym (Anguillula intestinalis) i pierwszym przypadku anguilluliasis w Polsce“* drukowanym będzie w całości w „Przegl. lek.“

W dyskusyi przemawiał kol. A. Gluziński.

IV. Kol. Dr. A. Wątorek wygłosił I-szą część swego wykładu: *„O odklejaniu i wydalaniu popłodu zapomocą nastrzykiwania łożyska.“*

Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 9 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. Zanietowski *sen.*

Obecnych członków 28.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Nowotny wygłosił zapowiedziany odczyt „O ciałach obcych w nosie, gardle i przełyku.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Spira poleca przy wydobywaniu ciał obcych z nosa stosowanie adrenaliny, która, tamując krwotok, w niektórych przypadkach znacznie ułatwia operacyę.

Kol. Bogdanik podnosi zalety łyżeczki usznej przy wydobywaniu ciał obcych z nosa, a następnie zastanawia się nad kwestyą postępowania wobec ciał obcych w przełyku, w szczególności rozbiera wskazania do ezofagotomii.

Kol. Gertler omawia sposób usuwania ciał obcych z nosa zapomocą przestrzykiwania.

Kol. prof. Pieniążek wspomina o przypadku nagłej śmierci, w którym kość, tkwiąca w przełyku, przebiła jego ścianę i ścianę tętnicy głównej.

W dalszej dyskusyi zabierali głos koll.: D. Hirsch, prof. Łepkowski i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 24 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano na członków czynnych Drów: Rydla Adama, Frommera Artura, Kupczyka Bernarda, Pisarskiego Tadeusza, Piepesa Wilhelma, Staniszewskiego Juliana i Zopotha Artura. Następnie Dr. Teodor Heryng mówił „O najnowszych metodach inhalacyjnych“ i przedstawił przyrząd do wdychiwań własnego pomysłu.

* Donoszą nam ze Lwowa, że zatarg tarnowskiej Kasy chorych z lekarzami dał powód Namiestnictwu do wejrzenia w działalność tej instytucyi: dla dobra samych chorych namiestnictwo żąda, ażeby personal lekarski Kasy został powiększony o jednego lekarza, by lokal Kasy stosownie do istotnej potrzeby był rozszerzony i ażeby regulamin Kasy o tyle został zmieniony, by wypowiedzenie służby lekarzowi i odwrotnie — opuszczenie posady przez lekarza, następowało po trzymiesięcznem wypowiedzeniu.

* Zarządy obu Izb lekarskich galicyjskich zawiadamiają, że listopadowy Nr. „Sprawozdań“ wyjdzie w końcu grudnia w zdwojonej objętości.

* (*R.*) Kurs z zakresu dentystyki, t. j. wyrywania zębów i wypełniania ich materyałami plastycznymi, na wzór kursów zagranicznych, rozpocznie się dnia 1 grudnia 1904 r. w Ambulatoryum dentystycznem Uniw. Jagiel. (Rynek 22, II piętro), pod kierunkiem prof. Dr. Łepkowskiego. Kurs trwać będzie przez cztery tygodnie w godzinach przedpołudniowych. Demonstracye wyjmowanie zębów i wykład teoretyczny od 8—10 rano, poczem ćwiczenia w plombowaniu. Opłata wynosi 100 koron. Kurs dojdzie do skutku tylko w razie zgłoszenia się co najmniej 5-ciu lekarzy. Zgłoszenia przyjmuje asystent ambulatoryum Dr. Aleksander Ruczka, codziennie w godzinach rannych (Rynek l. 22, II p.).

* Ziemianie Podola, pragnąc uczcić ogromne zasługi zmarłego przed 10 laty lekarza i dziejopisa tej krainy, Dr. Antoniego I. Rollego, postanowili wmurować pamiątkową tablicę w katedrze kamienieckiej, której dzieje tak szczegółowo opisał. Pomnik wykonał znany rzeźbiarz Antoni Popiel; ma on kształt tablicy z zielonego marmuru, obramowanej marmurem popielatym. Szczyt tablicy wieńczy bronzowy medalion Antoniego Rollego z bronzowymi emblematami historyka i lekarza, przewiniętymi gałązką wawrzynu.

(Ś. p. Antoni Józef Rolle urodził się 1830 r. w Henrykówce, zmarł 1894 r. w Kamieńcu Podolskim. Znakomity badacz źródeł dziejowych Podola, był niemniej gruntownie wykształconym i światłym lekarzem, czego przez długi szereg lat składał dowody w „Przeglądzie lekarskim“, którego stałym był współpracownikiem).

* Komisya budżetowa lwowskiej Rady miejskiej uchwaliła wstawić do wydatków na rok przyszły 2,250 koron na opłacenie lekarza szkolnego. Oczywiście kwota ta jest tak nizką, że jej niepodobna brać w rachubę tam, gdzie mówi się o instytucyi lekarzy miejskich. Natomiast wysoko cenimy przemówienia i okoliczności, wśród których uchwała ta zapadła i krok ten nieśmiały lecz zasadniczy uważamy za początek tak niezbędnej organizacyi lekarzy szkolnych.

* Dnia 16 listopada obsadziła Rada miasta Pragi dziewięć posad lekarzy szkolnych.

* W Nr. 38 „St Petersburger Wochenschrift“ czytamy opis kul japońskich i ich skutku, pióra prof. Zoege Manteuffla, biorącego czynny udział w toczącej się wojnie azyatyckiej. Powłoka kuli japońskiej jest o tyle gruba, zwłaszcza na swym końcu, że po ugodzeniu nie rozpada się, lecz pozostaje całą, co sprawia, że trafione przez te kule miejsca ciała nie ulegają rozległemu poszarpaniu; zdarza się, że oficer z przestrzeloną piersią, szyją lub nogą nie opuszcza stanowiska kierowniczego, dopóki nie trafi go kula druga. Na polu walki padają tylko rażeni kilku kulami, ranieni w tętnicę główną lub płucną, oraz w serce, a czasem tylko po postrzałach czaszki. Według spostrzeżeń autora wielka liczba ran przeszywających czaszki kończy się zupełnym powrotem do zdrowia; rany te najczęściej wywoływały porażenie niektórych czynności mózgu; zaburzenia te jednak ustępowały przeważnie już po 3—4 dniach; jeśli po upływie tego czasu zaburzenia czynności mózgowych nie mijały, to zwykle w takich razach trwały bardzo długo, albo nawet pozostawały stale. Przeróżne zaburzenia mowy, agrafia, ośrodkowe porażenie nerwu twarzowego, najczęściej przemijały zupełnie. Rany podstawy czaszki nie wywołują zwykle przypadów mózgowych, prócz utraty świadomości w początku. Rany brzucha często sprowadzały zapalenie otrzewnej, w czem znaczną część winy musi wziąć na siebie bardzo niewłaściwy sposób przewożenia ranionych na 2-kołowych wózkach; tylko ograniczone zapalenia otrzewnej kończą się wyzdrowieniem, choć nie zawsze; tego powiedzieć nie można o zapaleniach otrzewnej rozlanych. Rany płuc wywołują uderzająco małe zaburzenia zdrowia tak, że po zaklejeniu plastrem otworów, ranni najczęściej pieszo oddalają się z etapu pierwszej pomocy. Autor leczył pięciu żołnierzy, którzy otrzymali postrzał w serce: u wszystkich nie zachodziła potrzeba wkroczenia chirurgicznego i wszyscy zostali przy życiu.

* Czeski uniwersytet w Pradze liczy 3,803 słuchaczów (zwyczajnych i nadzwyczajnych), o 100 więcej niż w roku zeszłym.

* D. 7 listopada otwartą została w Mnichowie klinika psychiatryczna, zaprojektowana przed paru laty przez nieżyjącego już prof. Bumma. Obecnym kierownikiem tej kliniki jest prof. Kraepelin.

* X-ty międzynarodowy Kongres przeciwalkoholiczny odbędzie się w Peszcie na początku września 1905 r.

* Między 30—X a 5—XI doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, horodeńskim, kolbuszowskim, jaworowskim (po 1 gm.), w nadwórniańskim i rawskim (po 2 gminy).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Küttner mianowany profesorem chirurgii w Marburgu. Doc. Fischer mian. profesorem nadzwycz. anatomii w Freiburgu. Dr. Augagneur mian. profesorem dermatologii w Lugdunie. Dr. Reclus mian. profesorem chirurg. kliniki w Paryżu. Doc. Wolff mianowany profesorem nadzwycz. psychiatryi w Bazylei.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Cypryan Jaroszewicz lat 56 — w Rezynie na Bessarabii. Dr. Bolesław Połoński l. 57 — w gub. Nowogrodzkiej.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 46. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Pruszyński: O zakażeniu mieszanem w przebiegu wąglika. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 9. Kośmiński: Stół operacyjny. Cykowski: Przyczynek do leczenia eklampsyi.

— *Głos lekarzy* Nr. 11 zawiera: Nasze Izby lekarskie. — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w roku 1904 (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (VIII). — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Z niwy dziennikarskiej. — Po strejku lekarzy w Tarnowie. — Odcinek.

— *Zdrowie* Z. 11. M. Biernacki: O higienie służby folwarcznej. Themerson: Słówko w sprawie higieny służby domowej. Doerfner: O zabezpieczaniu robotników od kurzu. Arnstein: O potrzebie urządzeń wodoleczniczych w Ciechocinku. Dobrzyński: O paleniu odpadków m. Warszawy.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Č. 10. Chalupecký: Očni přiznaky při traumatické neurose (c. d.). Nový: Folie gémellaire. Zahradnický: O narkose skopalaminomorfinove.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 46. Hnátek: Tetanus a neuritis (c. d.). Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (dok.). Pelnař: Polyneuritis acuta progressiva s klinickým obrazem Landrovy obrny.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Tuffier: Ból w nerce wędrującej. Romme: Choroba Dukes-Filatowa.

— Nr. 91. Gourdon: Odprowadzenie bezkrwawe wrodzonego zwichnięcia biodra. Nigoul: Czego oczekiwać należy po tigenolu w ginekologii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Renzi: Leczenie cukrzycy. Bornstein: Odtłuszczanie a tuczenie białkiem. Holzknecht: Leczenie przeobrażonem światłem (uczulenie, fluorescencya). Holz: O zatruciu atropiną. Westenhoeffer: Państwowe prawo oglądania mięsa ze względu na gruźlicę, oraz niektóre uwagi nad wykonywaniem tego oglądania (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Silbermark: O znieczuleniu rdzeniowem. Hahn: Przyczynek do patogenezy przemijającej afazyi w durze brzusznym i jej stosunek do ostrego ograniczonego obrzęku. Detze i Sellei: Hemolityczne działanie sublimatu (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46. Frank: Całkowite zarośnięcie macicy. Küster: Porównawcze uwagi nad nieprawidłową tkanką zwierzęcą i roślinną. Rosenfeld: Przyczynek do symptomatologii porażenia nerwu spółczulnego. Roemheld: Toniczne oddziaływanie niewrażliwej na światło źrenicy. Mayer: Zapalenie nerek pobłonicze. Bernhart: Neuropatyczne usposobienie. Avellis: Wpływ klimatu na dychawicznych. Cramer: Zator tętnicy krezkowej górnej w przebiegu połogu. Wiener: Ciąża zamaciczna przy jednoczesnem istnieniu ciąży śródmacicznej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 47. Koch: Choroby wywołowane pasorzytem „trypanosoma.“ Wendelstadt: Działanie zieleni malachitowej i innych rozmaitych substancyi sztucznych na „nagana trypanosoma“ u białych szczurów. Westheimer: Przypadek wiądu z zajęciem krtani oraz schorzeniem błędnika usznego. Heydenreich: Bronchoskopijny przypadek ciała obcego. Scagliosi: Rak pierwotny opłucnej. Rosenfeld: Znaczenie wiciowców (Flagellaten) w żołądku i jelitach ludzkich. Strauss: Postępy w leczeniu cukrzycy (dok.).

Redakcya otrzymała. I. Kadyi: Der Vorfall der Scheide und der Gebärmutter während der Geburt. Legeżyński: Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 46 (od 13/XI do 19/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 25; nieżywo: chł. 1, dz. 6. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 18; zamiejscowych: męż. 12, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 1. 4) dławieci błonica: miejsc. —, ob. 4. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 30, obcych 22.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 30 listopada, o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem p. Tadeusz Chrząszcz, profesor krakowskiej Szkoły techniczno-przemysłowej, mówić będzie „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzematycznego.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**